



## **Einverständnis zur HPV-Impfung (*dem Arzt abgeben*)**

Name, Vorname: .....

Adresse, Wohnort: .....

Geburtsdatum: .....

Krankenkasse: .....

Versichertennummer: .....

Ich bin durch das schriftliche Informationsmaterial und das Gespräch mit meiner Ärztin/meinem Arzt über die HPV-Impfung (auch Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs genannt) genügend informiert. Mir ist insbesondere bekannt, dass die Impfung dreimal vorgenommen werden muss, um einen möglichst vollständigen Schutz zu erreichen. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen.

### **Ich wünsche die Impfung**

Datum: .....

Unterschrift: .....

Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte: .....  
(nur notwendig, wenn das 16. Altersjahr noch nicht vollendet ist)