



Einverständnis zur HPV-Impfung

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 zwei- bis 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)