**Schutzimpfung gegen Humane Papillomviren (HPV)**

Herr/ Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich habe ein Merkblatt über die Durchführung der Schutzimpfung gegen Humane Papillomviren (HPV) gelesen. Hierin sind die wesentlichen Angaben über die durch die Impfung vermeidbaren Krankheiten, den Impfstoff, die Impfung sowie über Impfreaktionen und mögliche Impfkomplikationen enthalten.

**Vor Durchführung der Impfung wird zusätzlich um folgende Angaben gebeten:**

1 . Ist der Impfling gegenwärtig gesund?

 ja nein

2. Ist bei dem Impfling eine Allergie bekannt?

 ja nein

3. Traten bei dem Impfling bei einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber oder

 andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

 ja nein

Falls Sie noch mehr über diese Schutzimpfung wissen wollen, fragen Sie den Impfarzt!

Ich habe den Inhalt des Merkblattes zur Kenntnis genommen und ich bin auf die Möglichkeit hingewiesen worden. Mich ergänzend durch den Impfarzt informieren zu lassen.

 Ich habe keine weiteren Fragen.

 Ich willige in die Schutzimpfung ein.

 Ich lehne die Impfung ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung dieser Impfung

 wurde ich informiert.

Vermerke: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift d. Impflings bzw. Unterschrift des Arztes/ Ärztin

des Sorgeberechtigten