

hpv3

Programme cantonal de rattrapage vaccinal
contre les papillomavirus

Kantonales Programm zur Nachimpfung
gegen Papillomaviren

Déclaration d'injections chez le médecin traitant

Jeunes de 15 à 26 ans (y compris)



Deklaration der Injektionen in der Praxis des behandelnden Arztes

Junge Menschen im Alter von 15 bis 26 Jahren (einschließlich)

Période/ Zeitraum : **01.08.2021-31.12.2021**

Nombre d'injections dans le cadre du programme de rattrapage /
Anzahl Injektionen in der Nachimpf-Kampagne _____

Nombre de doses perdues (doses échues, périmées, injection hors âge programme, ...) /
Anzahl der Verluste (abgelaufene Dosen, Verfallsdatum, Injektion nicht im Programm ...) _____

Stock à la date d'envoi du formulaire /
Lagerbestand zum Zeitpunkt der Absendung des Formulars _____

Coordonnées du médecin/ Kontaktdaten des Arztes :

Nom/Name :Prénom/Vorname :

Adresse/Adresse :
.....

Date : Timbre et signature :

*Refacturées semestriellement au prix hors programme /
*Halbjährliche Rechnungsstellung zum Preis außerhalb des Programms

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Formulaire à renvoyer par le médecin semestriellement (ou sur demande) à PSV2. Veuillez joindre la liste des patients au verso (faire des copies si nécessaire) |
|---|



- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Formular, das der Arzt alle sechs Monate (oder auf Anfrage) an das GFW zurückschicken muss.2. Bitte fügen Sie die Patientenliste auf der Rückseite (ggf. Kopien anfertigen) oder die Excel-Tabelle bei. |
|---|

hpv3

Programme cantonal de rattrapage vaccinal
contre les papillomavirus

Kantonales Programm zur Nachimpfung
gegen Papillomaviren

Liste récapitulative/ Zusammenfassende Liste

01.08.2021-31.12.2021

Nom et prénom Name und Vorname	Dates des injections Datum der Injektionen			Remarques Bemerkungen
	1	2	3	