## Impfung beim Hausarzt

1. Jugendliche von 15 bis (einschliesslich) 26 Jahren

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Wohnsitzkanton:

 (für nicht im Wallis ansässige Jugendliche)

Mit ihrer Unterschrift willigt die oben genannte Person ein:

* gegen humane Papillomaviren geimpft zu werden und erklärt gleichzeitig, die Informationen in Bezug auf die Impfung erhalten und verstanden zu haben,
* dass ihr Name und Vorname sowie ihr Geburtsdatum und ihr Wohnsitzkanton von ihrem behandelnden Arzt an Gesundheitsförderung Wallis (GFW) weitergeleitet werden.

Datum:

Unterschrift: Unterschrift der Eltern:

 (empfohlen)



**Abrechnung (vom behandelnden Arzt auszufüllen)**

*Kontaktdaten des Arztes:*

Name: Vorname:

Adresse:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ Gardasil□ Cervarix | **1. Dosis**muss in 1991 geborenen Jugendlichen vor dem 31.12.2017 verabreicht werden und vor dem 31.12.2018 für die in 1992 geborenen | **2. Dosis** | **3. Dosis** |
| **Impfdatum**  |  |  |  |
| **Unterschrift und Stempel des Arztes** |  |  |  |

**-** Dieses Formular ist vom Arzt **nach jeder Injektion** an GFW zu faxen **-**