

Erklärung zur Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV)

Ich,, geboren am.....,.....,.....habe den Inhalt der Information „Aufklärung über die Impfung gegen HPV“ gründlich durchgelesen und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit meinem behandelnden Arzt zu klären sowie von ihm weiterführende Informationen zu erhalten.

- Weitere Fragen habe ich keine.
- Ich bin mit der Durchführung der oben genannten Impfung einverstanden.
- Ich bin mit der Durchführung der o. g. Impfung **nicht einverstanden**.

Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung wurde ich informiert.

Anmerkungen:

.....

Ort, Datum:,

.....

Unterschrift des Impflings bzw. Sorgeberechtigten

.....

Unterschrift des Arztes

Handelsname Impfstoff	Chargen-Nummer	Impfdatum
	Aufkleber	
	Aufkleber	
	Aufkleber	
Arztstempel	Unterschrift des Arztes	