

Dieses Formblatt dient als Dokumentations- und Abrechnungsgrundlage

## Impfdokumentation für das ..... Quartal 202 für die HPV - IMPFUNG

Impfärztin/Impfarzt: .....

(Stempel der Ärztin/des Arztes)

Impfstoff: **Gardasil 9®**

Chargen-Nr. des Impfstoffes: .....

**Hausapotheke:**  ja  nein

**BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN GUT LESBAR AUSFÜLLEN ODER BEI EVTL. EDV-BEARBEITUNG UNSER MUSTERFORMBLATT VERWENDEN !**

lfd. Nr.	*1.,2.	Impf-datum:	Familienname des Impflings:	Vorname des Impflings:	Geburts-datum:	Vers. Nr.:	Geschlecht m/w	PLZ:	Wohnort:

\*) Bitte eintragen: 1. oder 2. Teilimpfung