



LANDKREIS LÜNEBURG
DER LANDRAT

Durchführung der Schutzimpfung gegen Humane Papillomviren (HPV) im Rahmen der HPV-Impfaktion im Gesundheitsamt: Am Graalwall 4, 21335 Lüneburg im Erdgeschoss am

10. Juni und am 11. Juni 2024 von 10:00 – 12:00 Uhr

– Bei Fragen bitte unter der Telefonnummer 04131 261500 anrufen.

Wenn vorhanden bitte Impfausweis mitgeben.

Fragebogen zur Impfung

Name des Kindes: _____ Vorname: _____ geb.: _____
wohnhaft: _____ Tel.: _____

In der Aufklärungsbroschüre zu der Schutzimpfung gegen Humane Papillomviren (HPV) sind die wesentlichen Angaben über die Impfung und durch die Impfung vermeidbare Krankheiten enthalten. Falls Sie noch ergänzende Informationen über Schutzimpfungen haben möchten oder weitere Fragen zu klären sind, stehen Ihnen die Ärztinnen und Ärzte unter der oben genannten Telefonnummer gern zur Beratung zur Verfügung.

Wenn Sie möchten, dass Ihr Kind geimpft wird, sind folgende Angaben erforderlich:

- Beantwortung der u. g. Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes mit Unterschrift,
- Unterschreiben der Einverständniserklärung (s. Rückseite)

Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes:

Erhielt Ihr Kind in den letzten 3 Monaten eine Bluttransfusion und/oder Immunglobulin?

nein ja

Besteht bei Ihrem Kind eine Immunmangelkrankheit (angeboren, erworben z.B. durch Medikamente)?

nein ja

Hat Ihr Kind in den letzten 4 Wochen Impfungen erhalten?

nein ja, welche? _____

Besteht bei Ihrem Kind eine akute oder chronisch entzündliche Krankheit?

nein ja, welche? _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente (Tabletten, Spritzen, Tropfen)?

nein ja, welche? _____

Leidet Ihr Kind an einer Allergie?

nein ja, welche? _____

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Bitte die Einverständniserklärung auf der Rückseite auch unterschreiben!



Landkreis Lüneburg Auf dem Michaeliskloster 4, 21335 Lüneburg
T 04131 26-0, F 04131 26-1466 www.landkreis-lueneburg.de

Sparkasse Lüneburg IBAN DE60 2405 0110 0000 0038 71 BIC NOLADE21LBG
Volksbank Lüneburger Heide IBAN DE17 2406 0300 0199 9990 00 BIC GENODEF1NBU



metropolregion hamburg

Einverständniserklärung

zur Durchführung der Impfung gegen: **Humane Papillomviren (HPV)** mit dem Impfstoff **GARDASIL® 9**

Wir haben/ich habe als gesetzliche(r) Vertreter/in des Kindes/des oder der/des Jugendlichen

Bitte in leserlichen Druckbuchstaben ausfüllen!

Name des Kindes/d. Jugendlichen	Vorname des Kindes/d. Jugendlichen	Geburtsdatum

den Inhalt der Elternbroschüre zur Impfung zur Kenntnis genommen und sind/bin auch auf die Möglichkeit hingewiesen worden, ergänzende Informationen durch die impfende Ärztin oder den impfenden Arzt des durchführenden Gesundheitsamtes für die Stadt und den Landkreis Lüneburg zu erhalten.

- Wir verzichten ausdrücklich auf eine mündliche Aufklärung.
- Mein/unser Kind soll nicht gegen das Humane Papillomvirus (HPV) geimpft werden.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten