Erfassungsformular für HPV-Impfungen

Jahr: ……..

				Dosis Nr.		
Name oder Initialen	**Geburts-datum**	**Wohnort**	**Datum Impfung**	1	2	3
Total Impfungen						
Vorrat per Ende Jahr						

Datum:……..

Stempel und Unterschrift:……

Formular für Impfungen Vorjahr bitte bis spätestens Ende Januar Folgejahr an das Gesundheitsamt des Kantons Schaffhausen senden: Mühlentalstrasse 105, 8200 Schaffhausen

Entschädigung: Fr. 23. – pro Dosis **(Einzahlungsschein beilegen!)**

(Schulärzte und -ärztinnen werden separat entschädigt, in diesem Fall keinen Einzahlungsschein beilegen)

Anzahl Impfungen als **Schularzt/Schulärztin**: _____

Anzahl Impfungen als **Privatarzt/Privatärztin**: _____