

Formular für die Impfkandidatin

Name:	Vorname:
Adresse:	PLZ/Ort:
Geburtsdatum:	
Versichertenkarte Nr.:	
Name der Impfstelle:	

erklärt:

1. Ich mache die HPV-Impfung gemäss Impfprogramm des Kantons Solothurn freiwillig.
2. Ich verpflichte mich, **alle nötigen HPV-Impfungen** durch die obengenannte Impfstelle durchführen zu lassen.
3. Ich bin durch die Impfstelle umfassend über das Impfprogramm (Zweck, Wirkungen, Nebenwirkungen, Vorbehalte etc.) informiert worden.
4. Ich habe im Weiteren die Broschüre des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) erhalten. Ihr Inhalt wurde mir durch die Impfstelle erläutert.
5. Ich verzichte gegenüber der Ärztekasse, Urdorf, die das HPV-Tool verwaltet und gegenüber dem Gesundheitsamt des Kantons Solothurn und gegenüber der Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn (GAeSO) auf das Patientengeheimnis bzw. den Datenschutz **in Bezug auf dieses Impfprogramm, den Impfpurpose und die statistische Auswertung.**

Ort / Datum:

Unterschrift Patientin:

Visum Impfstelle: