



Dr. med. Heike Wedeking-Schöhl
Fachärztin für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
Hauptstr. 67/ 69
26122 Oldenburg

HPV-Impfung (Humane Papillomaviren)

JA, ich bin damit einverstanden, dass die HPV-Impfung
(Mehrfachimpfung) bei meinem Kind vorgenommen wird.

Name und Vorname des Kindes:

Unterschrift des Vaters oder der Mutter:

***Die Impfung wird nur mit unterschriebener Einverständniserklärung
und vorhandenem Impfausweis (bei allen Impfungen) durchgeführt.***

→ Bei Kindern von 9-14 Jahren sind **2 Impfdosen** (zwei Termine)
ausreichend.

Ab dem 15. Geburtstag sind **3 Impfdosen** (drei Termine)
erforderlich.

NEIN, wir wünschen keine Impfung.