



**Gesuch für Bewilligung zur HPV-Impfung im Rahmen des Kantonalen Programms**

Ich ersuche um die Bewilligung zur HPV-Impfung im Rahmen der OKP und bestätige, mich an folgende Vorgaben zu halten:

1. Ich orientiere mich an den HPV-Impf-Informationen des BAG ([www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)).
2. Ich stelle - wie es der Bund vorsieht - die Information der jungen Frauen und jungen Männer sicher, dies beinhaltet zumindest:
  - a. Wozu dient die Impfung, wovor schützt die Impfung und wann sollte sie erfolgen.
  - b. Wovor schützt die Impfung nicht (Geschlechtskrankheiten, weitere HPV-Typen).
  - c. Mögliche Nebenwirkungen der Impfung.
  - d. Um einen vollständigen Impfschutz zu erreichen, braucht es 3 Impfungen in einem vorgegebenen Abstand. Wird vor dem 15. Geburtstag geimpft, reichen 2 Impfungen.
3. Ich stelle die Vollständigkeit der Impfung sicher, trage jede einzeln im Impfbüchlein ein und berücksichtige dabei allenfalls schon vorhandene HPV-Impfungen.
4. Ich führe eine Liste aller geimpften Personen, welche mindestens Namen, Vornamen, Wohnort und Geburtsdatum enthält. Auf der Liste ist angegeben, welcher Impfstoff verimpft wurde, falls die beiden Impfstoffe (Gardasil und Cervarix) verimpft werden, führe ich separate Listen. Diese Liste(n) sende ich mit Angabe meines aktuellen Impfstoff-Bestandes quartalsweise (jeweils Ende März, Ende Juni, Ende September, Ende Dezember) dem Kantonsärztlichen Dienst zu. Ich impfe nur junge Frauen und junge Männer, welche im Kanton Zürich wohnhaft sind.
5. Ich bestelle den Impfstoff Cervarix mit dem vorgegebenen Formular ([www.gd.zh.ch/hpv](http://www.gd.zh.ch/hpv)) über den Kantonsärztlichen Dienst, den Impfstoff Gardasil 9 direkt beim Hersteller. Für die Impfhandlung inklusive Information erhalte ich 23 Franken und gebe für diese Auszahlungen ein Bank- / Postkonto an (ohne ESR- / Referenznummer!). Die Auszahlung durch die Gesundheitsdirektion erfolgt quartalsweise.

Meine Anschrift (Name, Vorname, Praxisadresse / Stempel):

\_\_\_\_\_

mail-Adresse (für Erinnerung, Liste einzusenden): \_\_\_\_\_

Bank- / Postverbindung für Auszahlung (bitte Einzahlungsschein beilegen):

\_\_\_\_\_

Ort und Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

→ *einsetzen an: Kantonsärztlicher Dienst, Stampfenbachstrasse 30, 8090 Zürich*

----- leer lassen -----

Bewilligung erteilt: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_