

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

HPV 21.-30. Geburtstag

Impfstoff: Gardasil 9

1. Dosis 2. Dosis

Abgabedatum

Unterschrift der zu impfenden Person/
Erziehungsberechtigte/r

Stempel der Apotheke

Alle Felder sind Pflichtfelder

IMPFGUTSCHEIN HPV 21.-30. Geburtstag

männlich weiblich divers

Vorname

Nachname

Sozialversicherungsnr. Tag Monat Jahr

PLZ, Ort

Straße (lt. Meldezettel)

Unterschrift d. zu impfenden Person/Erziehungsberechtigte/r

Chargennr.:

Impfstoff: Gardasil 9

1. Dosis 2. Dosis

Impfdatum:

Stempel Ärztin/Arzt

Die personenbezogenen Daten (Daten zur Person und zu Art und Datum der Impfung) werden durch das Land Salzburg zur Dokumentation/Verrechnung der Impfung gespeichert und von den Gesundheitsbehörden in Salzburg im Anlassfall zur Abfrage des Impfstatus eingesehen. Informationen zum Datenschutz, zu den Betroffenenrechten sowie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten finden Sie unter: <https://www.salzburg.gv.at/datenschutz> **Alle Felder sind Pflichtfelder**



Vorname

Nachname

Geburtsdatum

HPV 21.-30. Geburtstag

Impfstoff: Gardasil 9

1. Dosis 2. Dosis

Abgabedatum

Unterschrift der zu impfenden Person/
Erziehungsberechtigte/r

Stempel der Apotheke

Alle Felder sind Pflichtfelder

IMPFGUTSCHEIN HPV 21.-30. Geburtstag

männlich weiblich divers

Vorname

Nachname

Sozialversicherungsnr. Tag Monat Jahr

PLZ, Ort

Straße (lt. Meldezettel)

Unterschrift d. zu impfenden Person/Erziehungsberechtigte/r

Chargennr.:

Impfstoff: Gardasil 9

1. Dosis 2. Dosis

Impfdatum:

Stempel Ärztin/Arzt

Die personenbezogenen Daten (Daten zur Person und zu Art und Datum der Impfung) werden durch das Land Salzburg zur Dokumentation/Verrechnung der Impfung gespeichert und von den Gesundheitsbehörden in Salzburg im Anlassfall zur Abfrage des Impfstatus eingesehen. Informationen zum Datenschutz, zu den Betroffenenrechten sowie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten finden Sie unter: <https://www.salzburg.gv.at/datenschutz> **Alle Felder sind Pflichtfelder**



Vorname

Nachname

Geburtsdatum

HPV 21.-30. Geburtstag

Impfstoff: Gardasil 9

1. Dosis 2. Dosis

Abgabedatum

Unterschrift der zu impfenden Person/
Erziehungsberechtigte/r

Stempel der Apotheke

Alle Felder sind Pflichtfelder

IMPFGUTSCHEIN HPV 21.-30. Geburtstag

männlich weiblich divers

Vorname

Nachname

Sozialversicherungsnr. Tag Monat Jahr

PLZ, Ort

Straße (lt. Meldezettel)

Unterschrift d. zu impfenden Person/Erziehungsberechtigte/r

Chargennr.:

Impfstoff: Gardasil 9

1. Dosis 2. Dosis

Impfdatum:

Stempel Ärztin/Arzt

Die personenbezogenen Daten (Daten zur Person und zu Art und Datum der Impfung) werden durch das Land Salzburg zur Dokumentation/Verrechnung der Impfung gespeichert und von den Gesundheitsbehörden in Salzburg im Anlassfall zur Abfrage des Impfstatus eingesehen. Informationen zum Datenschutz, zu den Betroffenenrechten sowie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten finden Sie unter: <https://www.salzburg.gv.at/datenschutz> **Alle Felder sind Pflichtfelder**

