

ANFRAGE ZUR KOSTENÜBERNAHME DER HPV-IMPfung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich beabsichtige, meine(n) Patientin/en mit GARDASIL® 9 zur Prävention von HPV-assoziierten Krebserkrankungen und von Genitalwarzen zu impfen. Bitte teilen Sie mir mit, mit welchem **Gesamtbetrag/Jahr** Sie meine(n) Patientin/en dabei unterstützen.

Daten Patient(in)

Name:

Geburtsdatum:

Name der Krankenkasse:

Name der Zusatzversicherung:

Versicherungsnummer:

Begründung/Wissenschaftliche Evidenz:

Durch die Krankenkassen auszufüllen

Kostenübernahme durch die Krankenkasse (GARDASIL® 9):

CHF:

Datum:

Unterschrift:

Besten Dank!
Freundliche Grüsse

Name, Datum und Unterschrift: