## Anmeldeformular für die Impfung im ZIWS

1. Jugendliche von 15 bis (einschliesslich) 26 Jahren
2. ***Impfungen nach Vereinbarung unter 027 603 47 80***

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Wohnsitzkanton:

(für nicht im Wallis ansässige Jugendliche)

Mit ihrer Unterschrift willigt die oben genannte Person ein:

* gegen humane Papillomaviren geimpft zu werden und erklärt gleichzeitig, die Informationen in Bezug auf die Impfung erhalten und verstanden zu haben,
* dass ihr Name und Vorname sowie ihr Geburtsdatum und ihr Wohnsitzkanton vom ZIWS an Gesundheitsförderung Wallis (GFW) weitergeleitet werden.

Datum:

Unterschrift: Unterschrift der Eltern:

(empfohlen)

*Dieses Formular ist vom ZIWS aufzubewahren und kann bei Bedarf von GFW verlangt werden.*