



**Amt für Gesundheitsvorsorge**

## HPV-Impfprogramm Gardasil 9

Beilage zur Abrechnung für durchgeführte Impfungen

**Angaben zur Ärztin / zum Arzt:**

Name \*: \_\_\_\_\_ Vorname \*: \_\_\_\_\_

Praxisadresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

**Abrechnungszeitraum von:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_

---

Gardasil 9® Anzahl Impfdosen verimpft \*: \_\_\_\_\_

Pauschale pro Dosis CHF 23.00 **Rechnungstotal** CHF \_\_\_\_\_

Anzahl Impfdosen noch an Lager nach dieser Abrechnung\*: \_\_\_\_\_

---

**\* Angaben zwingend!**

\_\_\_\_\_  
Datum \*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Wir bitten Sie, die Abrechnungen bis spätestens Ende Dezember zu senden an:  
Amt für Gesundheitsvorsorge, Oberer Graben 32, 9001 St.Gallen oder [gesundheitsvorsorge@sg.ch](mailto:gesundheitsvorsorge@sg.ch)