



Amt für Gesundheitsvorsorge

HPV-Impfprogramm Gardasil 9 + Cervarix

Schulärztlicher Dienst

Abrechnung für durchgeführte Impfungen

Angaben zur Ärztin / zum Arzt:

Name: _____ Vorname: _____

Praxisadresse: _____

PLZ / Ort: _____

Zahlungsadresse (bitte Einzahlungsschein der Abrechnung beilegen)

Abrechnungszeitraum vom: _____

Geimpfte Mädchen/Frauen **11-14j*** **15-19j****

Gardasil 9® Anzahl Applikationen

Cervarix® Anzahl Applikationen

Geimpfte Knaben/Männer (nur Gardasil) **11-14j*** **15-19j****

Gardasil 9® Anzahl Applikationen

Total Anzahl Applikationen

Pauschale pro Dosis **CHF. 23.00** **Rechnungtotal** **CHF**

*bis zum 15. Geburtstag

**bis zum 20. Geburtstag

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