

Name: Vorname: Geb.-Datum:

Strasse: PLZ, Ort:

Telefon: Mobil:

E-mail:

Alter Größe Gewicht Alter des Partners.....

Wer ist Ihr Hausarzt:.....

Ist ein Recall (Terminerinnerung) Erwünscht? ☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie gegen HPV geimpft? Wenn ja, mit welchem Impfstoff?

☐ Ja ☐ Gardasil 9 ☐ Cervarix ☐ Nein

Wer ist berechtigt Rezepte u. Ä für Sie abzuholen?

.....
.....
.....

Ein vereinbarter Termin muss **min. 24 Stunden im Voraus abgesagt werden.**

Sollten Sie einen Termin kurzfristig absagen oder zu einem Termin nicht erscheinen, erlaube ich mir Ihnen ein **Ausfallhonorar von 50,00 €** zu berechnen.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin

VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE!

Bitte vergessen Sie diesen Zettel nicht, wenn Sie uns das nächste Mal besuchen.