

# NEUER HPV-Impfstoff **Gardasil 9**

Mit Gardasil 9 steht ein weiterer HPV-Impfstoff gegen fünf zusätzliche HPV-Hochrisikotypen 31, 33, 45, 52, 58 zur Verfügung.

Für Gardasil 9 gilt ebenfalls ein altersabhängiges Impfschema:

9-14 Jahre: 2 Impfdosen (0 | 6 Monate)  
ab 15 Jahre: 3 Impfdosen (0 | 2 | 6 Monate)

**Bestell-Fax 0800 184 53 91**

Bitte Anzahl der gewünschten Packungen angeben:

SSB: Sprechstundenbedarf PB: Privater Praxisbedarf (Rechnung an Praxis)

Impfstoff	HPV-Typen	Hersteller	PZN	Packungsgröße	Bestellmenge in Packungen	SSB*	PB
Cervarix Fsp. o. Kan.	16,18	GSK Vaccines	01467160	1	_____		<input type="checkbox"/>
Cervarix Fsp. o. Kan.	16,18	GSK Vaccines	01467183	10	_____	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Gardasil Fsp. o. Kan.	6, 11, 16, 18	SP MSD	01854684	1	_____		<input type="checkbox"/>
Gardasil Fsp. o. Kan.	6,1,1, 16, 18	SP MSD	01856909	10	_____	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gardasil 9</b> Fsp. o. Kan.	6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58	SP MSD	11228953	1	_____		<input type="checkbox"/>
<b>Gardasil 9</b> Fsp. o. Kan.	6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58	SP MSD	11228976	10	_____	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

**NEU**

Die Abrechnung erfolgt zu den bei Lieferung gültigen Preisen.

\*Verordnung zu Lasten des Sprechstundenbedarf nicht möglich in folgenden KVen: Hessen, Bayern, Baden-Württemberg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt.

Bitte lassen Sie mir die Fachinformation von  Gardasil 9  Gardasil  Cervarix zukommen.

Meine e-Mail Adresse lautet: \_\_\_\_\_

Praxisstempel

.....  
Kundennummer, falls bekannt

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Arztes