

Informationen zur freiwilligen HPV-Impfung für Schüler:innen der 8. Klassen, Vor- und Sprachklassen

Liebe Schüler:innen, liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

wir möchten euch die Impfung/ Ihnen die Impfung Ihres Kindes gegen Humane-Papillom-Viren (HPV) anbieten.

Warum ist die Impfung wichtig?

Humane-Papillom-Viren (HPV) sind weltweit verbreitet und hochansteckend. Fast alle Menschen infizieren sich mindestens einmal im Leben mit HPV. HPV-Infektionen sind häufig die Ursache von Genitalwarzen und können später im Genital- und Analbereich sowie Mund- und Rachenraum verschiedene Krebsarten verursachen. In Deutschland erkranken laut Robert Koch Institut (RKI) jedes Jahr ca. 6.250 Frauen und ca. 1.600 Männer an HPV-bedingten Krebserkrankungen. Am Häufigsten ist der Gebärmutterhalskrebs mit jährlich ca. 4.500 neu erkrankten Frauen pro Jahr, ca. 1.500 Frauen versterben pro Jahr daran.

Welche Empfehlungen gibt es?

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt HPV-Impfungen für alle jungen Menschen ab 9 Jahren. Im Alter von 9 bis 14 Jahren sind 2 Impf-Dosen im Abstand von mindestens 5 Monaten ausreichend. Ab 15 Jahren sind 3 Impf-Dosen notwendig. Der für die Schulimpfungen verwendete Impfstoff schützt vor den 9 relevantesten HPV-Typen für den Menschen. Auch nach HPV-Impfung ist es wichtig, später an Krebs-Früherkennungsuntersuchungen teilzunehmen.

Wie läuft die Impfung im Schuljahr 2025/2026 ab?

Wir bieten bestimmte Zeitfenster pro Schule zur Durchführung von HPV-Impfungen an. Ihr Kind kann mit der ausgefüllten Erklärung zur HPV-Impfung oder mit Ihnen persönlich zu uns ins Gesundheitsamt kommen und geimpft werden. Der Impfstoff wird mit einer Spritze in den Oberarm-Muskel gespritzt und die Impfung in den mitgebrachten Impfausweis eingetragen.

Wer bezahlt die Impfung?

Die Abrechnung erfolgt direkt mit den gesetzlichen Krankenkassen. Nur privat versicherte Schüler:innen erhalten eine Rechnung über die Privatärztliche Verrechnungsstelle. Hierfür wird am Impftag eine Einwilligung zur Übermittlung der notwendigen Daten mitgegeben.

Welche Risiken und Nebenwirkungen gibt es?

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bewertet die HPV-Impfstoffe insgesamt als außerordentlich sicher. Wie andere Impfungen auch, kann die HPV-Impfung vorübergehende Impfreaktionen hervorrufen. Hierzu gehören Schmerzen, Schwellung oder Rötung der Impfstelle, Kopfschmerzen, Fieber, Schwindel oder stressbedingte Ohnmacht. Das Risiko einer seltenen, schweren allergischen Reaktion liegt bei etwa 1,7 Fällen pro einer Million verabreichter HPV-Impfdosen. Weitere Infos: **www.rki.de**.

Für weitere Informationen zur HPV-Impfung in verschiedenen Sprachen
scannen Sie bitte nebenstehenden QR-Code.

For further information about HPV-vaccination **in various languages**
please scan the QR-Code alongside.



Erklärung zur freiwilligen HPV-Impfung

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Schule: _____

Klasse: _____

Ist Ihr Kind schon gegen HPV geimpft worden?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar ☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x ☐ unklar

Soll Ihr Kind durch das Gesundheitsamt Bremen gegen HPV geimpft werden?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, füllen Sie bitte auch die folgenden Unterlagen aus.

Bei wem ist Ihr Kind versichert?

☐ Gesetzliche Krankenkasse ☐ Private Krankenkasse

Name der/ des Sorgeberechtigten: _____

Telefonnummer der Sorgeberechtigten für Rückfragen: _____

Einwilligung zur freiwilligen Impfung Ihres Kindes:

Ich habe die Informationen über die HPV-Impfung zur Kenntnis genommen. Über den Impfstoff, die Durchführung der Impfung im Gesundheitsamt und über mögliche Impfreaktionen habe ich mich informiert. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich mich zu allen weiteren Fragen bei der Impfärztin/ dem Impfarzt informieren kann und habe keine weiteren Fragen.

Die Datenschutzhinweise gemäß Artikel 13 DSGVO
(verfügbar unter <https://www.gesundheitsamt.bremen.de/datenschutz> oder
nebenstehendem QR-Code) habe ich zur Kenntnis genommen.



Mir/Uns ist bewusst, dass die Einwilligung zur Impfung die Erhebung und Dokumentation der personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten meines/ unseres Kindes erfordert. Ich/Wir können die Einwilligung jederzeit formlos und ohne Angabe von Gründen bis zur Durchführung der Impfung widerrufen. Sie können den **Widerruf** mit dem Stichwort „HPV – Widerruf Impfung“ u. a. schriftlich an das Gesundheitsamt Bremen, Abteilung 3, Referat 30 – Infektionsepidemiologie, Horner Str. 60-70, 28203 Bremen oder per E-Mail an impfstelle@gesundheitsamt.bremen.de richten.

Hiermit willige ich/ willigen wir in die freiwillige vom Gesundheitsamt Bremen angebotene HPV-Impfung meines/ unseres Kindes ein.

Ich bin vertretungsberechtigt für die weitere sorgeberechtigte Person oder alleine sorgeberechtigt.

Ort, Datum

Unterschrift der/ des Sorgeberechtigten

Bitte auch die Rückseite ausfüllen.

Für die Impfung relevante Angaben zur Gesundheit Ihres Kindes

1. Leidet Ihr Kind an chronischen Erkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, an welchen? _____
2. Muss Ihr Kind ständig oder häufig Medikamente einnehmen? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche? _____
3. Hat Ihr Kind eine Allergie oder traten nach einer Impfung allergische Reaktionen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche? _____
4. Besteht bei Ihrem Kind eine Immunmangelkrankheit (erworben, angeboren, durch Medikamente bedingt)? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche? _____
5. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft bei Ihrem Kind? ☐ Ja ☐ Nein

Schweigepflichtentbindung für Rückfragen an die behandelnde Arztpraxis

Ich/Wir _____ (Name, Vorname, Geburtsdatum)

entbinde/n folgende/n Arzt/ Ärztin von der Schweigepflicht:

_____ (Name, Adresse, Telefonnummer).

Das Schulimpfteam des Gesundheitsamts Bremen darf mit der genannten Arztpraxis personenbezogene- und gesundheitsbezogene Daten von meinem/unserem Kind austauschen, sofern diese für die HPV-Impfung relevant sein können. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann (siehe Kontaktdaten weiter unten).

Ort, Datum

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

Haben Sie Fragen?

Rufen Sie an oder schreiben Sie eine E-Mail:

Do You have any questions?

Please call or send an e-mail.

0421 361 – 15143 Montag – Freitag 8:00 – 15:30 Uhr
impfstelle@gesundheitsamt.bremen.de

Gesundheitsamt Bremen
Infektionsepidemiologie
Horner Str. 60-70,
28203 Bremen