

Informationen

zur freiwilligen HPV-Impfung für Schüler:innen der 8. Klassen, Vor- und Sprachklassen und zur freiwilligen Umfrage zur HPV-Impfbereitschaft
(siehe Rückseite)

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

heute möchten wir Ihnen die Impfung Ihres Kindes gegen **Humane-Papillom-Viren (HPV)** anbieten. Das Angebot ist freiwillig. Auf den nächsten Seiten erklären wir Ihnen, wovor die HPV-Impfung schützt und was wir von Ihnen brauchen, wenn Sie eine Impfung Ihres Kindes durch das Gesundheitsamt wünschen.

Zusätzlich führen wir eine **Umfrage zur HPV-Impfbereitschaft an Schulen** durch. Die Teilnahme an der Umfrage ist freiwillig.

Was sollen Sie jetzt tun?

1. Bitte lesen Sie die „**Infos über HPV**“ auf der Rückseite dieses Bogens sorgfältig durch.
 - Möchten Sie nur an der Umfrage des Gesundheitsamtes teilnehmen, dann füllen Sie bitte den „Fragebogen zur HPV-Impfbereitschaft“ auf Seite 5 und 6 aus und geben ihn in der Schule ab.
 - Möchten Sie Ihr Kind **durch das Gesundheitsamt impfen lassen**, dann befolgen Sie die nächsten Schritte (2. und 3.):
2. Bitte füllen Sie die „**Einwilligung in die HPV-Impfung & medizinischer Fragebogen**“ auf Seite 3 und Seite 4 aus.
3. **Geben Sie** die ausgefüllte „Einwilligung in die HPV-Impfung & medizinischer Fragebogen“ und ggf. den „Fragebogen zur HPV-Impfbereitschaft“ **im verschlossenen Umschlag in der Schule ab. Bitte schreiben Sie den Namen Ihres Kindes auf den Umschlag.**

Nur für Privatversicherte: Ihr Kind erhält am Tag der Impfung die „Einwilligungserklärung in die Übermittlung von personenbezogenen Daten zur Abrechnung mit der Privatärztlichen Verrechnungsstelle“. Bitte senden Sie diese zeitnah im frankierten Umschlag an das Gesundheitsamt.

Haben Sie Fragen? Brauchen Sie mehr Infos?
Rufen Sie uns an oder schreiben Sie eine Mail:

0421 361-15108 oder 0421 361-15143 | Montag - Freitag von 08:00 - 12:00 Uhr
impfstelle@gesundheitsamt.bremen.de

What to do?

Please read the following information carefully. If you would like to accept the vaccination offer and/or take part in the survey please complete the documents "Einwilligung in die HPV-Impfung & medizinischer Fragebogen" on page 3 and 4 and/or the „Fragebogen zur HPV-Impfbereitschaft“ on page 5 and 6. Put the documents in the envelope, write your child's name on it and return it to the school. Thank you!

Do you have any questions? Do you need more information? Please call or send an e-mail:

0421 361-15108 or 0421 361-15143 | Monday - Friday from 8:00 a.m. - 12:00 a.m.
impfstelle@gesundheitsamt.bremen.de

Infos über HPV

Was sind Humane-Papillom-Viren?

Humane-Papillom-Viren (HPV) sind weltweit verbreitet und hochansteckend. Fast alle Menschen infizieren sich mindestens einmal im Leben mit HPV. Eine **HPV-Infektion kann Krebs verursachen** und ist die wichtigste Ursache für die Entstehung z. B. von Gebärmutterhals-Krebs oder Krebs im Analbereich. In Deutschland sind von einer HPV-verursachten Krebserkrankung jährlich insgesamt etwa 8.000 Männer und Frauen betroffen. Am häufigsten ist der Gebärmutterhalskrebs mit jährlich 4.600 erkrankten Frauen, etwa 1.600 sterben jedes Jahr an den Folgen der Krebserkrankung.

Für wen ist die HPV-Impfung?

- Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt eine frühe Impfung für alle jungen Menschen im Alter von 9 bis 14 Jahren.
- Die Impfung sollte bestenfalls vor dem ersten Sexual-Kontakt stattfinden.

Warum ist die HPV-Impfung wichtig?

- Die Impfung schützt sehr effektiv vor Infektionen mit den 9 wichtigsten Humanen Papillom-Viren und dadurch vor:
 - Durch HPV-Infektionen verursachten Krebs im Genital-, Anal-, und Mund- und Rachenraum.
 - Feigwarzen an den äußeren Geschlechtsorganen.

Wie läuft die Impfung ab?

- Der Impfstoff wird mit einer Spritze in den Oberarm-Muskel gespritzt.
- Im Alter von 9 bis 14 Jahren sind 2 Impf-Dosen im Abstand von mindestens 5 Monaten ausreichend.
- Ab 15 Jahren und älter sind 3 Impf-Dosen im Abstand von 0, 2 und 6 Monaten notwendig.
- Die Impf-Dosen sollten innerhalb von (maximal) 12 Monaten geimpft werden.

Welche Risiken und Nebenwirkungen gibt es?

- Die Impfstoffe sind Totimpfstoffe und können selbst keine HPV-Infektion auslösen.
- Mögliche Nebenwirkungen:
 - Häufig: Impfreaktion am Oberarm, z. B. Schmerzen, Rötung, Schwellung und Juckreiz an der Impfstelle
 - Selten: Fieber, Abgeschlagenheit
 - Gelegentlich: Ohnmacht
 - In einzelnen Fällen: allergische Reaktionen

Etwa 10% der Krebsfälle am Gebärmutterhals werden durch HPV-Typen verursacht, die (bisher) in den HPV-Impfstoffen nicht enthalten sind. Deswegen ist es auch nach einer HPV-Impfung wichtig, später regelmäßig an der Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung teilzunehmen. Eine Teilnahme ist aber natürlich auch aufgrund der Früherkennung von anderen gynäkologischen Tumoren, wie z. B. Brustkrebs, dringend empfohlen.

You find further **information** about the HPV vaccination **in various languages** on the website of the Robert Koch-Institute. Use the **QR-Code** to **access the website**.



Rückgabe erbeten

Einwilligung in die HPV-Impfung & medizinischer Fragebogen (siehe Rückseite)

Die Impfung ist freiwillig. Möchten Sie, dass wir Ihr Kind impfen, sind folgende Angaben und Ihre Unterschrift zur Einwilligung zwingend notwendig.

Ich habe die "Infos über HPV" zur Kenntnis genommen. Über den Impfstoff, die Durchführung der Impfung in der Schule/ dem 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 Datenschutzinformation gemäß Artikel 13 DSGVO (verfügbar unter <https://www.gesundheitsamt.bremen.de/datenschutz>) habe ich zur Kenntnis genommen.

Hiermit willige/n ich/ wir in die vom Gesundheitsamt Bremen angebotene HPV-Impfung meines/ unseres Kindes ein. Die Einwilligung ist freiwillig. 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.

Name des Kindes/Jugendlichen

Name der Schule

Klasse

- ☐ Ich versichere, dass ich allein sorgeberechtigt bin.
- ☐ Ich bin vertretungsbefugt für die weitere sorgeberechtigte Person (z. B. Vater des Kindes erlaubt der Mutter alleine über die Impfung zu entscheiden).

Name, Vorname der/des Sorgeberechtigten

ggf. Name, Vorname der/des weitere/-n Sorgeberechtigten

Ort, Datum

X

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

Medizinischer Fragebogen: Notwendige Infos zur Durchführung der Impfung

1. Ist Ihr Kind schon gegen HPV geimpft worden?

Nein ☐ Ja, und zwar: 1-mal ☐ 2-mal ☐ 3-mal ☐ unbekannt ☐

2. Leidet Ihr Kind an chronischen Erkrankungen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, an welchen? _____

3. Muss Ihr Kind ständig oder häufig Medikamente einnehmen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

4. Hat Ihr Kind eine Allergie oder traten nach einer Impfung allergische Reaktionen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

5. Besteht bei Ihrem Kind eine Immundefizienz (erworben, angeboren, durch Medikamente bedingt)?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

6. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft bei Ihrem Kind?

☐ Ja ☐ Nein

7. Bei wem ist Ihr Kind krankenversichert?

Gesetzliche Krankenkasse ☐

Postbeamtenkrankenkasse ☐ Welche? _____

Private Krankenversicherung ☐ Welche? _____

Sonstige ☐ Welche? _____

8. Falls Ihr Kind privat versichert ist (auch Postbeamtenkrankenkasse und KVB), geben Sie bitte die Adressdaten des/der Versicherungsnehmers/-in an:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

9. Telefon-Nr. des/ der Sorgeberechtigten für evtl. Nachfragen des Impfarztes/ der -Ärztin: _____

10. Schweigepflichtentbindung und Einwilligung für Rückfragen an Ihre Kinderärztin/ Ihren Kinderarzt:

Für den Fall, dass Unklarheiten über den Impfschutz bestehen, möchten wir der behandelnden Kinderärztin/ dem behandelnden Kinderarzt Rückfragen stellen. Wenn Sie hiermit einverstanden sind, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung und Einwilligung:

Ich/Wir, _____ (Name, Vorname), bin/sind mit der Kontaktaufnahme in Bezug auf die HPV-Impfung meines/unseres Kindes, _____ (Name, Vorname), geboren am _____, einverstanden, und entbinde/n folgende/n behandelnden Ärztin/ Arzt:

Name der Ärztin/ des Arztes

Telefonnummer der Praxis

und den/die behandelnde/n Arzt/ Ärztin bzw. die medizinische Fachkraft des Referats 30 des Gesundheitsamtes Bremen, Horner Str. 60-70, 28203 Bremen, für eventuelle Rückfragen im Zusammenhang mit der HPV-Impfung/ dem Impfschutz meines/unseres Kindes einander gegenüber von der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dürfen also über personenbezogene und gesundheitsbezogene Daten von meinem/unserem Kind sprechen. Das heißt Schweigepflichtentbindung. Mir/Uns ist bewusst, dass die Schweigepflichtentbindung und das Einverständnis in die Kontaktaufnahme zu der/dem Ärztin/Arzt freiwillig sind. Ich kann/Wir können diese jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf kann mit dem Stichwort "HPV - Kein Kontakt" 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 gerichtet werden.

Datum



Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

Fragebogen zur HPV-Impfbereitschaft

Rückgabe erbeten

Das Gesundheitsamt Bremen führt die Umfrage zur Beurteilung und Verbesserung des Impfangebots an Schulen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst in der Stadt Bremen durch. **Die Teilnahme an der Umfrage ist freiwillig.** Das Gesundheitsamt wird bei der Evaluation und Analyse des Programms durch das Robert Koch-Institut (RKI) unterstützt. Dafür werden die erhobenen Daten im Gesundheitsamt anonymisiert und dann ans RKI übermittelt. Anonymisiert bedeutet, dass sich in den Daten keine Rückschlüsse auf die Identität der einzelnen Kinder bzw. Eltern sowie auf die Schule ziehen lassen können. Der Fragebogen wird im Anschluss datenschutzgerecht vernichtet. Die Ergebnisse aus der Datenanalyse werden mit dem Gesundheitsamt Bremen diskutiert, um das Gesundheitsamt bei der Einordnung der Ergebnisse bezüglich der Effektivität des Bremer Impf-Programmes an Schulen zu unterstützen. Darüber hinaus werden die anonymisierten Ergebnisse gemeinsam in Fachzeitschriften veröffentlicht, damit andere Gesundheitsämter in Deutschland aus den Erfahrungen in Bremen lernen können.

Wir danken Ihnen herzlich für die Unterstützung!

Name des Kindes/ Jugendlichen

Name der Schule

Klasse

Geschlecht:männlich ☐weiblich ☐divers ☐

Geburtsjahrgang

1. Haben Sie schon vor diesem Schreiben von der HPV-Impfung gehört? Ja ☐ Nein ☐

2. Ist Ihr Kind schon gegen HPV geimpft worden?

Nein ☐Ja, und zwar: 1-mal ☐ 2-mal ☐ 3-mal ☐ unbekannt ☐

3. Haben Sie vor, Ihr Kind gegen HPV impfen zu lassen (in Arztpraxis oder Schule)?

Ja ☐Eher impfen ☐Unentschieden ☐Eher nicht impfen ☐Nein ☐

4. Wo möchten Sie Ihr Kind am liebsten impfen lassen (wenn Sie es impfen lassen wollen)?

In der Schule ☐Beim Haus-/Kinderarzt/bei der -ärztin ☐Ist mir egal ☐

Warum? Kreuzen Sie alles an, was für Sie zutrifft.

☐ Einfach und bequem☐ Habe keinen Haus-/Kinderarzt/-ärztin☐ Möchte ein ausführliches Gespräch/
mehr Informationen☐ Habe mehr Vertrauen zur eigenen Praxis
bzw. zur Schule☐ Anderer Grund: _____

5. War Ihr Kind schon zur J1-Vorsorgeuntersuchung (12-14 Jahre) beim Haus-/
Kinderarzt/ bei der -ärztin?

Ja ☐Nein ☐Noch nicht ☐Noch nicht, aber Termin ist vereinbart ☐Weiß ich nicht ☐Ich kenne die J1-Untersuchung nicht ☐

6. Haben Sie einen Bremen-Pass?

Ja ☐Nein ☐

Hinweis:

Nach Durchführung der Impfungen gleicht das Gesundheitsamt mithilfe des Namens **ausschließlich zu statistischen Zwecken** ab, ob die Kinder tatsächlich geimpft wurden, bei denen die Sorgeberechtigten im Fragebogen (vergleiche Frage Nr. 3) zuvor den Impfwunsch geäußert hatten. Die Angabe der Schule dient der Zuordnung des Schulsozialindexes, der jährlich vom Schulamt für jede Klasse in Bremen errechnet wird. Die Angabe der Klasse wird aus organisatorischen Gründen benötigt.

Einwilligung in die Datenerhebung und anonymisierte Datenübermittlung an das RKI

Hiermit willige/n ich/wir in die Datenerhebung durch das Gesundheitsamt und die anonymisierte Übermittlung der Fragen 1 bis 6 an das Robert Koch-Institut (RKI) ein. Auch darf das Gesundheitsamt dem RKI anonymisiert übermitteln, ob und wie häufig mein/unser Kind im Rahmen des Schulimpfangebots tatsächlich gegen HPV geimpft wurde und ob dies mit meiner/unserer Antwort in Frage 3 übereinstimmt. Die Einwilligung ist freiwillig. Ich/Wir können die Einwilligung jederzeit formlos und ohne Angabe von Gründen bis zur anonymisierten Übermittlung ans RKI widerrufen. Sie können den Widerruf mit dem Stichwort „HPV – Widerruf Umfrage“ 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.



Unterschrift der/ des Sorgeberechtigten

Was passiert mit Ihren Daten?

Ihre Angaben in der „Einwilligung in die HPV-Impfung & medizinischer Fragebogen“ sind wichtige Infos für die medizinischen Fachkräfte des Gesundheitsamtes für die Impfung. **Ohne die Daten können wir Ihr Kind nicht impfen.** Die Angaben unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht**. Wenn wir Ihre Daten verarbeiten, dann beachten wir dabei selbstverständlich den Datenschutz.

Die Angaben im „Fragebogen zur HPV-Impfbereitschaft“ sind wichtige Infos für die Darstellung und Betrachtung der Gesundheitssituation bei Jugendlichen in der Stadt Bremen. Auch für die Entwicklung der sich daraus ergebenden Gesundheitsplanung ist die Datenerhebung relevant.

Die Impfung und die Angaben sind freiwillig.

Wenn Ihr Kind **gesetzlich versichert** ist, dann schicken wir **keine personenbezogenen Daten** an Ihre Krankenkasse. Ihre Krankenkasse bekommt nur die Info, wie viele Personen gegen HPV geimpft wurden. Mit der Info bekommen wir als Gesundheitsamt die Kosten für den Impfstoff zurückgezahlt.

Wenn Ihr Kind **privat versichert** ist, dann schicken wir nur die Stammdaten Ihres Kindes, das Impfdatum sowie Angaben zu Art und Preis des Impfstoffes an die privatärztliche Verrechnungsstelle Bremen. Die Übermittlung ist für die Abrechnung wichtig.

Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz bekommt Ihre anonymen Daten für einen Jahres- und Landesbericht über die Gesundheit der Menschen im Bundesland Bremen. Anonym heißt: ohne Personenbezug.

Das Gesundheitsamt führt die Umfrage („Fragebogen zur HPV-Impfbereitschaft“) zur Auswertung und Darstellung des Impfprogramms an Schulen und zur Verbesserung der Gesundheitsplanung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes an Schulen durch. Die Angaben im Fragebogen leiten wir zur wissenschaftlichen Auswertung anonymisiert an das RKI weiter. Auf Grundlage dessen wird die Impfquote an Schulen in Bremen berechnet, um die landesweiten Impfquoten des RKI's entsprechend anzupassen. Die Quoten dienen dem bundesweiten Vergleich von HPV-Impfquoten. Mithilfe der Auswertung des RKI's planen wir weitere Impf-Angebote in Stadtteilen, wo noch nicht so viele Menschen gegen HPV geimpft sind.

Weitere Infos zum Datenschutz gemäß Artikel 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) finden Sie unter: <https://www.gesundheitsamt.bremen.de/datenschutz>

