

Impfstoff

Handelsname
 Hersteller
 Lot-Nr.

Datum

Rotaviren

Meningokokken B

Meningokokken ACWY

Humane Papillomaviren

Zeckenenzephalitis (HPV)

Gürtelrose – Herpes Zoster

Hepatitis A

Tuberkulose (BCG)

Stempel/Unterschrift

Impfausweis/Vaccination certificate

Impfausweis gut aufbewahren und vor jeder Impfung der Ärztin/dem Arzt vorweisen

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ M W

Adresse: _____

Nächster Impftermin: _____



Schweizerische Eidgenossenschaft
 Confédération suisse
 Confederazione Svizzera
 Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Pro Impfstoff eine Zeile, alle Komponenten mit X markieren

Impfstoff

Handelsname
Hersteller
Lot-Nr.

Datum

Stempel/Unterschrift

- Diphtherie – Diphtheria
- Starkramor – Diphtheria
- Keuchhusten – Tetanus
- Kinderkriechen – Pertussis
- Haemophilus influenzae – Polio
- Hepatitis B
- Pneumokokken
- Masern – Measles
- Mumps
- Röteln – Rubella
- Windpocken – Varicella

Wichtige Angaben:

Anaphylaktische Reaktionen/Kontraindikationen/Impfnebenwirkungen

Datum der Varzellendiagnose:

Stempel/Unterschrift:

Datum der Masernendiagnose:

Stempel/Unterschrift: