

[illegible]

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.

Lot-Nr.

Datum

Stempel/Unterschrift

Stempel

Indpocken - Varicella

...ella
...ndpock...

cases

klasem
rkken

Pneumococcus B

9 - Polio

... - Per...

Keuchh
mpf - Tet
nien

Starr - D:

٥٠

Wichtige Angaben:

Anaphylaktische Reaktionen/Kontraindikationen/Impfnebenwirkungen

Datum der Varizellendiagnose:

Stempel/Unterschrift:

Datum der Maserndiagnose:

Stempel/Unterschrift: