

Ergänzende Impfungen

Impfstoff

Handelsname
 Hersteller
 Lot-Nr.

Datum

Windpocken – Varizellen

Pneumokokken

Meningokokken

Zeckenenzephalitis (FSME, TBE *)

Tuberkulose (BCG)

...

...

...

...

...

Stempel/Unterschrift

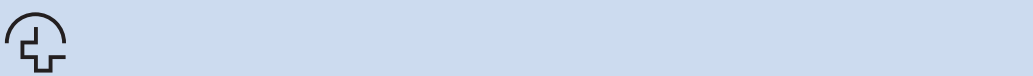
Impfausweis/Vaccination certificate

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

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ M W

Adresse: _____



Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Pro Impfstoff eine Zeile, alle Komponenten mit X markieren

*ergänzende Impfung

Basisimpfungen (Stand 2005)

Impfstoff

Handelsname

Hersteller

Lot-Nr.

Datum

Diphtherie – Diphtheria

Starkkrampf – Tetanus

Keuchhusten – Pertussis

Kinderlähmung – Poliomyelitis

Haemophilus influenzae (Hib)

Hepatitis B

Hepatitis A*

Masern – Measles

Mumps

Röteln – Rubella

...

Stempel/Unterschrift

Wichtige Angaben:

Anaphylaktische Reaktionen/Kontraindikationen/Impfnebenwirkungen

Datum der Varzellendiagnose:

Stempel/Unterschrift