

Internationaler Impfpass

**International Certificate
of Vaccination or Prophylaxis**

**Certificat international
de vaccination ou de prophylaxie**

 **Bundesministerium**
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz

**Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**

**Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care
and Consumer Protection**

**Ministère Fédéral des Affaires sociales, de la Santé, des Soins
et de la Protection des Consommateurs**

Glossar / glossary / glossaire

Impfungen gegen / vaccination against / vaccination contre

Grundimmunisierung gegen / primary immunisation against /
immunisation de base contre

Auffrischung gegen / revaccination against / revaccination contre

Indikationsimpfungen / Reiseimpfungen /
indicated vaccinations / travel vaccinations /
vaccination par indication / vaccination de voyage

Diphtherie / diphtheria / diphtérie

FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis) / tick-borne encephalitis /
Encéphalite à Tiques

Haemophilus influenzae B

Hepatitis A, B / hepatitis A, B / hépatite A, B

Humane Papillomaviren (HPV) / human papilloma virus /
virus du papillome humain

Influenza (Grippe) / seasonal influenza / grippe

Keuchhusten (Pertussis) / whooping-cough / coqueluche

Kinderlähmung (Polio) / infantile paralysis / paralysie infantile

Masern-Mumps-Röteln / measles-mumps-rubella / rougeole-oreillons-rubéole

Meningokokken / meningococcus / méningocoques

Pneumokokken / pneumococcus / pneumocoques

Rotavirus / rotavirus / rotavirus

Windpocken / varicella / varicelle

Wundstarrkrampf (Tetanus) / tetanus / tétanos

ausgestellt für / issued to / délivré à

Familiename

Surname

Nom de Famille

.....

Vorname

First Name

Prénom

.....

Geburtsdatum

Date of Birth

Date de Naissance

.....

Sozialversicherungsnummer

Social Insurance Number

Numéro d'Assurance Sociale

.....

.....

Adresse

Address

Adresse

.....

.....

Nummer des Reisepasses

Passport Number

Numéro du Passeport

.....

Im Notfall zu verständigen

To call in case of emergency

À contacter en cas d'urgence

.....

.....

Impfungen gegen Rotaviren

	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date

Grundimmunisierung gegen Diphtherie – Wundstarrkrampf – Keuchhusten – Kinderlähmung – Haemophilus influenzae B – Hepatitis B

	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date

Auffrischung gegen Diphtherie – Wundstarrkrampf – Keuchhusten – Kinderlähmung

	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date

Impfungen gegen Pneumokokken

	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date

Impfungen gegen Meningokokken

	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date

Impfungen gegen Meningokokken

	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date

Impfungen gegen Masern – Mumps – Röteln

Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Chargennummer batch no. / numéro du lot
	Datum date / date
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Chargennummer batch no. / numéro du lot
	Datum date / date

Impfungen gegen Windpocken

Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Chargennummer batch no. / numéro du lot
	Datum date / date
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Chargennummer batch no. / numéro du lot
	Datum date / date

Grundimmunisierung gegen FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis)

	Chargennummer batch no. / numéro du lot
	Datum date / date
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
	Datum date / date
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
	Datum date / date
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
	Datum date / date

Auffrischung gegen FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis)

	Chargennummer batch no. / numéro du lot
	Datum date / date
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
	Datum date / date
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
	Datum date / date
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
	Datum date / date

Grundimmunisierung gegen Hepatitis A – Hepatitis B

	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date

Auffrischung gegen Hepatitis A – Hepatitis B

	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date

Impfungen gegen Humane Papillomaviren (HPV)

	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date

Impfungen gegen Influenza (Grippe)

	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date

Indikationsimpfungen / Reiseimpfungen

	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date

Indikationsimpfungen / Reiseimpfungen

	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date

Indikationsimpfungen / Reiseimpfungen

	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date

Indikationsimpfungen / Reiseimpfungen

	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date

Indikationsimpfungen / Reiseimpfungen

	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date
	Chargennummer batch no. / numéro du lot
Arztstempel/-Unterschrift signature and stamp of the physician signature et cachet du médecin	Datum date / date

Internationale Bescheinigung der Impfung / Prophylaxe
International Certificate of Vaccination or Prophylaxis
Certificat international de vaccination ou de prophylaxie

Nachfolgend wird bestätigt,
dass / This is to certify that /
Nous certifions que

Name / name / nom

dessen Unterschrift folgt /
whose signature follows /
dont la signature suit

Unterschrift / signature / signature

am angegebenen Datum geimpft wurde
oder Prophylaxe erhalten hat gegen /
has on the date indicated been vaccinated
or received prophylaxis against /
a été vacciné(e) ou a reçu des agents
prophylactiques à la date indiquée contre

Name der Erkrankung / name of
disease or condition / nom de la
maladie ou de l'affection

in Übereinstimmung mit den Internationalen Gesundheitsvorschriften. / in accordance with
the International Health Regulations. / conformément au Règlement sanitaire international.

Impfstoff / Prophylaxe Vaccine or prophylaxis Vaccine ou agent prophylactique	Datum Date Date	Unterschrift und Status des Arztes Signature and professional status of supervising clinician Signature et titre du clinicien responsable
1		
2		
3		



Geburtstag / date of birth / né(e) le



Geschlecht / sex / sexe



Nationales Ausweisdokument /
national identification document /
document d'identification national



Nationalität / nationality / nationalité

Hersteller und Chargennummer Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot	Bescheinigung gültig Certificate valid Certificat valable von / from / à partir du bis / to / jusqu'au	Offizieller Stempel der verabreichenden Stelle Official stamp of administering centre Cachet officiel du centre habilité

