

## Andere Impfungen

### Impfstoff

Handelsname  
 Hersteller  
 Lot-Nr.

Datum

Hepatitis A

Meningokokken

Zeckenzephalitis (FSME-TBE\*)

Windpocken – Varicella

Tuberkulose (BCG)

Gürtelrose – Herpes zoster

...

...

...

...

...

Stempel/Unterschrift

## Impfausweis/Vaccination certificate

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

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  M  W

Adresse: \_\_\_\_\_

Elektronischer Impfausweis auf [www.meineimpfungen.ch](http://www.meineimpfungen.ch):  ja

Nächster Impftermin: \_\_\_\_\_



Schweizerische Eidgenossenschaft  
 Confédération suisse  
 Confederazione Svizzera  
 Confederaziun svizra

Eidgenössisches Department des Innern EDI  
 Bundesamt für Gesundheit BAG

