

# Standardimpfungen

nach den aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO)

<b>Säuglinge und Kleinkinder</b>	Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten (Pertussis), Kinderlähmung (Poliomyelitis), Hib, Hepatitis B, Masern, Mumps, Röteln (MMR), Windpocken (Varizellen), Pneumokokken, Meningokokken C sowie Schluckimpfung gegen Rotaviren
<b>Kinder 5-6 Jahre</b>	Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten
<b>Jugendliche 9-17 Jahre</b>	Auffrischimpfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten und Poliomyelitis. Nachholimpfungen, falls die Impfungen nicht bereits im Kindesalter vollständig gegeben wurden: Hepatitis B, MMR, Windpocken (wenn nicht bereits geimpft oder Krankheit durchgemacht), Meningokokken C. Mädchen von 12 – 17 Jahren: Impfung gegen HPV (Humane Papillomviren)
<b>Erwachsene</b>	Auffrischimpfungen gegen Tetanus und Diphtherie alle 10 Jahre; Impfschutz gegen Poliomyelitis und Keuchhusten überprüfen, ggf. Impfung gegen Masern (vorzugsweise MMR) Frauen im gebärfähigen Alter: Schutz gegen Röteln (MMR), Keuchhusten und Windpocken überprüfen
<b>Erwachsene ab 60 Jahre</b>	Zusätzlich: Impfungen gegen Influenza (jährlich mit aktuellem Impfstoff) und einmalig gegen Pneumokokken

**Jeder Arztbesuch sollte genutzt werden, um den Impfstatus zu überprüfen und ggf. zu ergänzen. Nachholimpfungen sind in jedem Lebensalter sinnvoll und möglich.**

Den vollständigen Impfplan finden Sie unter [www.dgk.de](http://www.dgk.de) und [www.rki.de](http://www.rki.de) oder bei Ihrem Arzt.

Herausgeber und ©: Deutsches Grünes Kreuz e.V., Marburg

Zu beziehen unter Bestell-Nr. 10200 | Kennziffer 1308  
bei: **DGK Beratung + Vertrieb GmbH**  
Nikolaistraße 3 • D-35037 Marburg  
Telefon: 06421 293-0 • Telefax: 06421 293-170



WELTGESUNDHEITSORGANISATION  
WORLD HEALTH ORGANIZATION  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



## INTERNATIONALE BESCHEINIGUNGEN ÜBER IMPFUNGEN UND IMPFBUCH

INTERNATIONAL CERTIFICATES  
OF VACCINATION

CERTIFICATS INTERNATIONAUX  
DE VACCINATION

gemäß § 22 Infektionsschutzgesetz

ausgestellt für / issued to / délivré à

Name, Vorname / Surname, given name / Nom, prénom

Geburtsdatum / Born on / Né(e) le in / à

Wohnort und Straße / Address / Domicile et adresse

Internationale Gesundheitsvorschriften / International Sanitary Regulations / Règlements Sanitaires Internationaux

Reisepass-Nr. oder  
Nr. des Pers.-Ausweises

Passport No. or  
Identity card No.

Numéro du passeport ou  
de la carte d'identité

## International certificate of vaccination or prophylaxis

### Certificat International de vaccination ou de l'administration d'une prophylaxie

### Internationale Bescheinigung über Impfung oder Verabreichung einer anderen Prophylaxe (ersetzt die bisherige Gelbfieberimpfbescheinigung)

This certificate is valid only if the vaccine or prophylaxis used has been approved by the World Health Organization. This certificate must be signed in the hand of the clinician, who shall be a medical practitioner or other authorized health worker, supervising the administration of the vaccine or prophylaxis. The certificate must also bear the official stamp of the administering centre; however, this shall not be an accepted substitute for the signature. Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid. The validity of this certificate shall extend until the date indicated for the particular vaccination or prophylaxis. The certificate shall be fully completed in English or in French. The certificate may also be completed in another language on the same document, in addition to either English or French.

#### Notes

The only disease specifically designated in the International Health Regulations (2005) for which proof of vaccination or prophylaxis may be required as a condition of entry to a State Party, is yellow fever. When administering this vaccine, the clinician must write "Yellow Fever" in the space provided on this certificate. This same certificate will also be used in the event that these Regulations are amended or a recommendation is made under these Regulations by the World Health Organization to designate another disease.

Ce certificat n'est valable que si le vaccin ou l'agent prophylactique utilisé a été approuvé par l'Organisation mondiale de la Santé. Ce certificat doit être signé de la main du clinicien – médecin ou autre agent de santé agréé – qui supervise l'administration du vaccin ou de l'agent prophylactique ; il doit aussi porter le cachet officiel du centre habilité qui ne peut, toutefois, être considéré comme tenant lieu de signature. Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des informations demandées peut entraîner sa nullité. Ce certificat est valable jusqu'à la date indiquée pour le vaccin ou l'agent prophylactique administré. Il doit être établi intégralement en anglais ou en français. Le même certificat peut aussi être établi dans une autre langue, en plus de l'anglais ou du français.

2

#### Notes

La seule maladie spécifiquement visée par le Règlement sanitaire international (2005) pour laquelle la preuve de la vaccination ou de la prophylaxie peut être exigée comme condition d'entrée dans un Etat Partie, est la fièvre jaune. Lorsqu'il administre ce vaccin, le clinicien doit écrire «Fièvre jaune» dans l'espace prévu sur ce certificat. Ce même certificat sera également employé au cas où le Règlement serait modifié ou au cas où une recommandation serait faite en vertu de ce Règlement par l'Organisation mondiale de la Santé pour indiquer une autre maladie.

Diese Bescheinigung ist nur gültig, wenn der verwendete Impfstoff oder die Prophylaxemaßnahme von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) anerkannt ist. Diese Bescheinigung muss von demjenigen, der die Impfung oder Prophylaxemaßnahme überwacht, eigenhändig unterschrieben sein (das kann ein Arzt oder ein dazu autorisierter Mitarbeiter sein\*). Die Bescheinigung muss außerdem den offiziellen Stempel der verabreichenden Einrichtung enthalten, dieser wird aber nicht als Ersatz für die Unterschrift anerkannt. Jede Änderung, Radierung oder unvollständige Angaben in dieser Bescheinigung können ihre Ungültigkeit zur Folge haben. Die Gültigkeit dieser Bescheinigung erstreckt sich bis zu dem bei der Impfung bzw. Prophylaxemaßnahme angegebenen Datum. Die Bescheinigung sollte vollständig in Englisch oder Französisch ausgefüllt sein. Zusätzlich zu Englisch oder Französisch kann das Formular auch in einer anderen Sprache ausgefüllt werden.

#### Anmerkung

Die einzige ausdrücklich in den International Health Regulations (Internationale Gesundheitsbestimmungen, 2005) benannte Erkrankung, für die der Nachweis einer Impfung oder Prophylaxe als Einreisebedingung verlangt werden kann, ist Gelbfieber. Wenn diese Impfung verabreicht wird, muss der Arzt/die Ärztin in das vorgesehene Feld (1. Spalte, nummeriertes Feld) „Yellow Fever“ eintragen.

Dieses Zertifikat wird auch dann verwendet, wenn diese Gesundheitsbestimmungen ergänzt werden oder es eine Empfehlung der WHO in diesen Bestimmungen geben wird, eine weitere Krankheit auszuweisen.

\* In Deutschland muss It. IFSG ein Arzt unterschreiben.

3

**International certificate of vaccination or prophylaxis /  
 Certificat International de vaccination ou de l'administration d'une  
 prophylaxie /  
 Internationale Bescheinigung über Impfung oder Verabreichung einer  
 anderen Prophylaxe (ersetzt die bisherige Gelbfieberimpfbescheinigung)**

This is to certify that [name] / Nous certifions que (nom) / Hiermit wird bescheinigt,  
 dass (Name) .....

date of birth / né(e) le / sex / de sexe / Geschlecht  
 Geburtsdatum .....

nationality / et de nationalité /  
 Nationalität .....

Vaccine or prophylaxis Vaccin ou agent prophylactique Impfung oder Prophylaxe	Signature and profes- sional status of supervising clinician Signature et titre du clinicien responsable Unterschrift und Berufsbezeichnung des impfenden Arztes	Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot Hersteller und Chargen-Nr. des Impfstoffes oder der Prophylaxe
Date / Datum		
1		
2		
3		
4		

national identification document, if applicable / document d'identification national, le cas  
 échéant / Ausweisnummer, falls vorhanden .....

whose signature follows / dont la signature  
 suit / dessen (deren) Unterschrift folgt .....

has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against [please  
 enter the name of disease or condition in the first column "Vaccine or prophylaxis"] / a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée  
 contre (inscrivez le nom de la maladie ou de l'affection dans la première colonne  
 „Vaccin ou agent prophylactique“) / am angegebenen Datum geimpft wurde bzw.  
 eine Prophylaxe gegen (bitte Namen der Krankheit oder des Leidens in die erste  
 Spalte „Impfung oder Prophylaxe“ eintragen) erhielt / in accordance with the  
 International Health Regulations. / conformément au Règlement sanitaire international. /  
 in Übereinstimmung mit den internationalen Gesundheitsbestimmungen.

Certificate valid from: until: Certificat valable à partir du: jusqu'au: Bescheinigung gültig von: bis:	Official stamp of administering centre Cachet officiel du centre habilité Stempel der verabreichenden Einrichtung	
1	1	2
2		
3	3	4
4		

**Impfungen für Säuglinge und Kinder:**

Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes in die entsprechende Spalte eintragen bzw. Vignette einkleben; **entsprechende Impfung ankreuzen.**

Datum Date	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette) Manufacturer and batch no. of vaccine Fabricant du vaccin et numéro du lot	Tetanus	Diphtherie	Pertussis	Poliomyelitis

Vaccinations for infants and children: Please enter the name of vaccine and the batch no. into the corresponding column; stick in the vignette; **mark with a cross the respective vaccination.**  
 Vaccinations pour l'âge de nourrisson et enfants: Inscrivez le nom du vaccin ainsi que le numéro du lot dans la colonne correspondante; collez la vignette; **marquez d'une croix la vaccination respective.**

Hib (Haemophilus influenzae b)	Hepatitis B	Masern, Mumps, Röteln (MMR)	Varizellen	Meningokokken (Serogruppe eintragen)	Pneumokokken	Rotavirus	Influenza	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin

**Impfungen für Säuglinge und Kinder:**

Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes in die entsprechende Spalte eintragen bzw. Vignette einkleben; **entsprechende Impfung ankreuzen.**

Datum Date	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette) Manufacturer and batch no. of vaccine Fabricant du vaccin et numéro du lot	Tetanus	Diphtherie	Pertussis	Polioomyelitis

Vaccinations for infants and children: Please enter the name of vaccine and the batch no. into the corresponding column; stick in the vignette; **mark with a cross the respective vaccination.**  
 Vaccinations pour l'âge de nourrisson et enfants: Inscrivez le nom du vaccin ainsi que le numéro du lot dans la colonne correspondante; collez la vignette; **marquez d'une croix la vaccination respective.**

Hib (Haemophilus influenzae b)	Hepatitis B	Masern, Mumps, Röteln (MMR)	Varizellen	Meningokokken (Serogruppe eintragen)	Pneumokokken	Rotavirus	Influenza	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin

**Impfungen für Jugendliche:**

Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes in die entsprechende Spalte eintragen bzw. Vignette einkleben; **entsprechende Impfung ankreuzen.**

Datum Date	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette) Manufacturer and batch no. of vaccine Fabricant du vaccin et numéro du lot	Tetanus	Diphtherie	Pertussis	Polioomyelitis

Vaccinations for adolescents: Please enter the name of vaccine and the batch no. into the corresponding column; stick in the vignette; **mark with a cross the respective vaccination.**  
 Vaccinations pour jeunes: Inscrivez le nom du vaccin ainsi que le numéro du lot dans la colonne correspondante; collez la vignette; **marquez d'une croix la vaccination respective.**

HPV (Humane Papillomviren)	Hepatitis B	Masern, Mumps, Röteln (MMR)	Varizellen	Meningokokken (Serogruppe eintragen)	Pneumokokken	Influenza	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin

**Impfungen für Jugendliche:**

Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes in die entsprechende Spalte eintragen bzw. Vignette einkleben; **entsprechende Impfung ankreuzen.**

Datum Date	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette) Manufacturer and batch no. of vaccine Fabricant du vaccin et numéro du lot	Tetanus	Diphtherie	Pertussis	Polioomyelitis

Vaccinations for adolescents: Please enter the name of vaccine and the batch no. into the corresponding column; stick in the vignette; **mark with a cross the respective vaccination.**  
 Vaccinations pour jeunes: Inscrivez le nom du vaccin ainsi que le numéro du lot dans la colonne correspondante; collez la vignette; **marquez d'une croix la vaccination respective.**

HPV (Humane Papillomviren)	Hepatitis B	Masern, Mumps, Röteln (MMR)	Varizellen	Meningokokken (Serogruppe eintragen)	Pneumokokken	Influenza	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin

**Standardimpfungen für Erwachsene:**

Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes in die entsprechende Spalte eintragen bzw. Vignette einkleben; **entsprechende Impfung ankreuzen.**

Vaccinations for adults: Please enter the name of vaccine and the batch no. into the corresponding column; stick in the vignette; **mark with a cross the respective vaccination.**  
Vaccinations pour adultes: Inscrivez le nom du vaccin ainsi que le numéro du lot dans la colonne correspondante; collez la vignette; **marquez d'une croix la vaccination respective.**

Datum Date	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette) Manufacturer and batch no. of vaccine Fabricant du vaccin et numéro du lot	

Tetanus	Diphtherie	Polioomyelitis	Pertussis	Masern, Mumps, Röteln (MMR)	Influenza	Pneumokokken	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin



**Standardimpfungen für Erwachsene:**

Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes in die entsprechende Spalte eintragen bzw. Vignette einkleben; **entsprechende Impfung ankreuzen.**

Datum Date	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette) Manufacturer and batch no. of vaccine Fabricant du vaccin et numéro du lot	

Vaccinations for adults: Please enter the name of vaccine and the batch no. into the corresponding column; stick in the vignette; **mark with a cross the respective vaccination.**  
 Vaccinations pour adultes: Inscrivez le nom du vaccin ainsi que le numéro du lot dans la colonne correspondante; collez la vignette; **marquez d'une croix la vaccination respective.**

Tetanus	Diphtherie	Poliomyelitis	Pertussis	Masern, Mumps, Röteln (MMR)	Influenza	Pneumokokken	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin

Weitere Schutzimpfungen gegen Influenza (Virusgrippe)  
Other vaccinations against influenza  
Autres vaccinations contre la grippe

Datum Date	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette) Manufacturer and batch no. of vaccine Fabricant du vaccin et numéro du lot	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin

Weitere Schutzimpfungen gegen Influenza (Virusgrippe)  
Other vaccinations against influenza  
Autres vaccinations contre la grippe

Datum Date	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette) Manufacturer and batch no. of vaccine Fabricant du vaccin et numéro du lot	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin

**Indikations- und Reiseimpfungen, beruflich notwendige Impfungen**

z. B. gegen Cholera, FSME, Hepatitis A, Hepatitis B, Humane Papillomviren (HPV), Japanische Enzephalitis, Meningokokken, Masern, Mumps, Röteln, Tollwut, Typhus, Varizellen, Zoster

**Other vaccinations / Autres vaccinations**

Datum Date	Impfung gegen Vaccination against Vaccination contre	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette) Name of vaccine and batch no. (vignette) Nom du vaccin et numé- ro du lot (vignette)	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin

**Indikations- und Reiseimpfungen, beruflich notwendige Impfungen**

z. B. gegen Cholera, FSME, Hepatitis A, Hepatitis B, Humane Papillomviren (HPV), Japanische Enzephalitis, Meningokokken, Masern, Mumps, Röteln, Tollwut, Typhus, Varizellen, Zoster

**Other vaccinations / Autres vaccinations**

Datum Date	Impfung gegen Vaccination against Vaccination contre	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette) Name of vaccine and batch no. (vignette) Nom du vaccin et numé- ro du lot (vignette)	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin

**Indikations- und Reiseimpfungen, beruflich notwendige Impfungen**  
 z. B. gegen Cholera, FSME, Hepatitis A, Hepatitis B, Humane Papillomviren (HPV), Japanische Enzephalitis, Meningokokken, Masern, Mumps, Röteln, Tollwut, Typhus, Varizellen, Zoster

**Other vaccinations / Autres vaccinations**

Datum Date	Impfung gegen Vaccination against Vaccination contre	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette) Name of vaccine and batch no. (vignette) Nom du vaccin et numé- ro du lot (vignette)	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin

**Allgemeine Hinweise für den Impfung oder Sorgeberechtigten:**

Gemäß § 22 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) weisen wir darauf hin, dass bei ungewöhnlichen Impfreaktionen der impfende Arzt benachrichtigt werden sollte. Er ist, falls der Verdacht einer gesundheitlichen Schädigung besteht, die über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgeht, verpflichtet, diesen dem zuständigen Gesundheitsamt namentlich zu melden (§ 6 Abs. 1 Nr. 3 IfSG). Im Falle eines Impfschadens besteht Anspruch auf Entschädigung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes (§ 60 Abs. 1 IfSG). Der Antrag ist in der Regel beim zuständigen Versorgungsamt zu stellen (§ 64 Abs. 1 IfSG). Weitere Auskünfte erteilt das zuständige Gesundheitsamt.

**Ergebnis von Tuberkulinproben**

**Tuberculin-test results / Résultats des épreuves de tuberculine**

Datum Date	Probe* und ggf. Konzentration Test and concentration Épreuve et le cas échéant concentration	Reaktion** Reaction** Réaction**	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin

\* S = Stempeltest (seit 2004 nicht mehr verfügbar), I = Intrakutantest \*\* Befund in Worten eintragen (positiv bzw. negativ) / Enter test result literally / Inscrivez le résultat mot à mot

**Röteln-Antikörper-Bestimmungen**

**Rubella antibody assays / Dosage d'anticorps anti-rubéoliques**

Datum Date	Methode(n) Method(s) Méthode(s)	Titer Titers Titres	Schutz vorhanden Protection exists Protection existe		Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin
			ja/yes/oui	nein/no/non	

**Virushepatitis B:** Ergebnis von Antikörper-Untersuchungen (Anti-HBs)

**Hepatitis B:** Results of antibody assays (Anti-HBs)

**Hépatite B:** Résultats des dosages d'anticorps (Anti-HBs)

Datum Date	Untersuchung/Test Test Épreuve	Ergebnis Result Résultat	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin

**Virushepatitis A:** Ergebnis von Antikörper-Untersuchungen

**Hepatitis A:** Results of antibody assays

**Hépatite A:** Résultats des dosages d'anticorps

Datum Date	Untersuchung/Test Test Épreuve	Ergebnis Result Résultat	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin

**Passive Immunisierungen mit humanen (oder heterologen) Immunglobulinen**  
(z. B. Standard-Immunglobulin, Tetanus- oder andere spezielle Immunglobuline)\*

**Passive immunizations with human (or heterologous) immunoglobulins**

(e. g. standard immunoglobulin, tetanus or other special immunoglobulins)\*

**Immunitations passives avec immunoglobulines humaines (ou hétérologues)**

(p. e. immunoglobulines standards, tétanos ou autres immunoglobulines spéciales)\*

Datum Date	Typ/Chargen-Nr. Type/Batch No. Type/N° du lot	Dosis Dose	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin

\* Aktive Immunisierungen siehe entsprechende Seiten dieses Ausweises  
\* Active immunizations see relevant pages of this certificate  
\* Immunisations actives voyez pages correspondantes de ce certificat

