

Andere Impfungen

Impfstoff

Handelsname
 Hersteller
 Lot-Nr.

Datum

Windpocken – Varizellen

Pneumokokken

Meningokokken

Zeckenzephalitis

Tuberkulose (BCG)

...

...

...

...

...

...

Stempel/Unterschrift

Impfausweis/Vaccination certificate

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

Elektronischer Impfausweis: www.meineimpfungen.ch

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ M W

Adresse: _____

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Pro Impfstoff eine Zeile, alle Komponenten mit X markieren

* Impfung für Risikogruppen

Basisimpfungen (Stand 2013)

Impfstoff

Handelsname

Hersteller

Lot-Nr.

Datum

Diphtherie – Diphtheria

Starrkrampf – Tetanus

Keuchhusten – Tetanus

Kinderlähmung – Pertussis

Haemophilus – Poliomyelitis

Hepatitis B

Hepatitis A*

Masern – Measles

Mumps

Röteln – Rubella

Humane Papillomaviren (HPV)

Stempel/Unterschrift

Wichtige Angaben:

Anaphylaktische Reaktionen/Kontraindikationen/Impfnebenwirkungen

Datum der Maserndiagnose:

Stempel/Unterschrift

Datum der Varzellendiagnose:

Stempel/Unterschrift