

Bescheinigung über Impfungen gegen:
 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 Tétanos	Diphtherie Diphthérie
8.6 2012	REPEVAX® Ch.-B.: G0415-1 6285-A	X	X

71x
 Juli 2022

Certificate of vaccinations against: 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.**
 Certificat de vaccinations contre: 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.**

Pertussis Coqueluche	Haemophilus influenzae b (Hib)	Hepatitis B Hépatite B	Poliomyelitis Polioomyélite	Masern Measles Rougeole	Mumps Oreillons	Röteln Rubella Rubéole	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin
X			X				- Gemeinschaftspraxis - Dr. med. Anne Schmitz-Hofele Dr. med. H. W. Herle Kinderarzt Allgemein Kaiser-Max-Straße 25 87600 Kaufbeuren

Datum Date	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette) Name of vaccine and batch no. (vignette) Nom du vaccin et numéro du lot (vignette)	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin
6.7. 2021	COMIRNATY® Ch.-B.: FE6975	Dr. med. Ottenhaer Altenheimstr. 1 87516 Marktoberdorf
06.07. 06.01. 2022	spikevax™ LOT 000137A	Betriebsarzt Dr. med. Walter Russ Schweiberg 3, 84186 Vilsheim

Datum Date	Name des Impfstoffes Name of vaccine Nom du vaccin	Chargen-Nr. Batch no. Numéro du lot	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin

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, I = Intrakutantest.
** Befund in Worten eintragen (positiv bzw. negativ) / Enter test result literally /
Inscrivez le résultat mot à mot

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 numéro du lot (vignette)	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin
05.08.2008	Heringo- kokken	Heringale Ch-B, 1700	Gemeinschaftspraxis Dr. med. Anne Scholz-Helke Dr. med. H. W. Helke Unterarzt, Allgemeinartz Kaiser-Max-Straße 25 70569 Karlsruhe

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 numéro du lot (vignette)	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin