

## Andere Impfungen

### Impfstoff

Handelsname  
 Hersteller  
 Lot-Nr.

Datum

Hepatitis A

Meningokokken

Zeckenzephalitis

Windpocken (FSME, TBE\*)

Tuberkulose – Varicella

Gürtelrose (BCG)

...

...

...

...

...

Stempel/Unterschrift

## Impfausweis/Vaccination certificate

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

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

M

W

Adresse:

Nächster Impftermin:



Schweizerische Eidgenossenschaft  
 Confédération suisse  
 Confederazione Svizzera  
 Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
 Bundesamt für Gesundheit BAG

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Pro Impfstoff eine Zeile, alle Komponenten mit X markieren

### Basisimpfungen

#### Impfstoff

Handelsname  
Hersteller  
Lot-Nr.

Datum

Diphtherie - Diphtheria

Starrkrampf - Tetanus

Keuchhusten - Pertussis

Kinderlähmung - Poliomyelitis

Haemophilus influenzae (Hib)

Hepatitis B

Pneumokokken

Masern - Measles

Mumps

Röteln - Rubella

Humane Papillomaviren (HPV)

Stempel/Unterschrift

### Wichtige Angaben:

Anaphylaktische Reaktionen/Kontraindikationen/Impfnebenwirkungen

---

---

Datum der Varzellendiagnose:

Stempel/Unterschrift:

Datum der Maserndiagnose:

Stempel/Unterschrift: