

ERSATZFORMULAR ZUR DOKUMENTATION DER DURCHGEFÜHRTEN IMPFUNGEN

Reserve documentation on vaccination

(zur Aushändigung an die geimpfte Person)

Nachname, Vorname

Last name, first name

Geburtsdatum

Date of birth

FOLGENDE IMPFUNGEN WURDEN DURCHGEFÜHRT:

The following vaccinations have been administered:

Datum <i>Date</i>	Handelsname und Chargen- nummer des Impfstoffs (Aufkleber) <i>Trade name and batch no. of vaccine (label/vignette)</i>	COVID-19			Name und Anschrift des zu- ständigen Impf- zentrums <i>Name and address of responsible vaccination centre</i>	Unter- schrift <i>Signature</i>
		mRNA- Impf- stoff <i>mRNA vaccine</i>	Vektor- Impf- stoff <i>Viral vector vaccine</i>	Anderer Impf- stoff <i>Other type of vaccine</i>		

Nächster Impftermin (Datum):

Next vaccination appointment (date)