

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
---------------	--	---	--

04.06.
21

**COVID-19
Vaccine Janssen**
Lot: XD985



Praxis Dr. med. Julia
Härzlin für Allgemeinmedizin
Hindenburgstr. 27
51643 Gummersbach
Telefon 02261-6152
Fax 02261-6152
BSNR 27810270

COMIRNATY®
Ch.-B.: SCTD6

COMIRNATY®
30µg Konzentrat
Ch.-B.: 33233TB

COMIRNATY®
30 mcg Omicron XBB.1.5
Ch.-B.: 23MH004

Apexxnar®
Ch.-B. HY9693
Verw. bis 05/2025
PAA185447

SHINGRIX
Ch.-B.
P745L

**Oberbergische
Der Landr.
Im Auftra**

Praxis Dr. med. Patrick Kloos
& Kollegen
Lepp 27 20 580 00

Praxis Dr. med. Patrick Kloos
& Kollegen
Schwarzenberger Str. 38
51647 Gummersbach-Hülsenbusch
Tel. 02261/24811, Fax 7905750
praxis@internist-marienheide.de

Praxis Dr. med. Patrick Kloos
& Kollegen
Schwarzenberger Str. 38
51647 Gummersbach-Hülsenbusch
Tel. 02261/24811, Fax 7905750
praxis@internist-marienheide.de

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
---------------	--	---	--

24.09. Covid
2024 5.

24.10. Herpes
2024 Zoster

29.8. RSV
2025

14.10 Covid
2025 6.

COMIRNATY®
JN.1
30 mcg bretoovamern
Ch.-B.: LK0838

SHINGRIX
Ch.-B.
P745L

AREXVY
Ch.-B./Lot
A5K2R

COMIRNATY®
30 mcg injection
COVID-19 mRNA Vaccine
Ch.-B.: MT0706

Praxis Dr. med. Patrick Kloos
& Kollegen
Schwarzenberger Str. 38
51647 Gummersbach-Hülsenbusch
Tel. 02261/24811, Fax 7905750
praxis@internist-marienheide.de

Praxis Dr. med. Patrick Kloos
& Kollegen
Schwarzenberger Str. 38
51647 Gummersbach-Hülsenbusch
Tel. 02261/24811, Fax 7905750
praxis@internist-marienheide.de

Praxis Dr. med. Patrick Kloos
& Kollegen
Schwarzenberger Str. 38
51647 Gummersbach-Hülsenbusch
Tel. 02261/24811, Fax 7905750
praxis@internist-marienheide.de

Praxis Dr. med. Patrick Kloos
& Kollegen
Schwarzenberger Str. 38
51647 Gummersbach-Hülsenbusch
Tel. 02261/24811, Fax 7905750
praxis@internist-marienheide.de

Die nächsten Impftermine

Bitte mit Bleistift ausfüllen

Impfung gegen	Termin	Bemerkungen des Arztes/ der Ärztin

Verhalten bei einer ungewöhnlichen Impfreaktion:

Bei einer ungewöhnlichen Impfreaktion sollte die impfende Ärztin oder der impfende Arzt benachrichtigt werden. Die Ärztin oder der Arzt ist, wenn der Verdacht einer gesundheitlichen Schädigung besteht, die über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgeht, verpflichtet, den Verdacht dem zuständigen Gesundheitsamt namentlich zu melden (§ 6 Absatz 1 Nr. 3 des Infektionsschutzgesetzes – IfSG). Im Falle eines Impfschadens besteht unter den Voraussetzungen des § 60 Absatz 1 IfSG ein Anspruch auf Entschädigung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes. Der Antrag ist bei der für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörde (§ 64 Absatz 1 IfSG; i.d.R. „Versorgungsamt“) zu stellen. Weitere Auskünfte erteilt das zuständige Gesundheitsamt.



Art.-Nr.: 230

SCHÜTZDRUCK Tel. (05 11) 32 73 44 · www.schuetzdruck.de

Internationale Gesundheitsvorschriften (2005) / International Health Regulations (2005) / Règlement sanitaire international (2005)

INTERNATIONALE IMPF- ODER PROPHYLAXEBESCHEINIGUNG

INTERNATIONAL CERTIFICATE
OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

CERTIFICAT INTERNATIONAL
DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE

und IMPFAUSWEIS
gemäß § 22 Infektionsschutzgesetz

ausgestellt für / issued to / délivré à

Wienand, Heinz

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

16.04.63

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

Wohnort und Straße / Address / Domicile et adresse

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

Passport No. or
Identity card No.

Número do passeport ou
de la carte d'identité