

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnort, Straße:

**Bescheinigung über Schutzimpfungen gegen Diphtherie, Hepatitis A, Hepatitis B****1.) Schutzimpfung gegen Diphtherie**

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

**2.) Schutzimpfungen gegen Hepatitis A (Grundimmunisierung 2x, Kombinationsimpfstoff mit Hepatitis B 3x)**

Datum

Impfstoff

Unterschrift und Stempel des Arztes

**3.) Schutzimpfungen gegen Hepatitis B (Grundimmunisierung 3x)**

Datum

Impfstoff

Unterschrift und Stempel des Arztes

**Nachweise der fehlenden Impfungen müssen unaufgefordert  
durch Vorlage des Impfausweises oder Kopie nachgereicht werden!**