

BESCHEINIGUNG ÜBER COVID-19-IMPfung
 COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE

(IMPFBESCHEINIGUNG NACH § 22 IFSG)

Angaben zur Person / Personal Information:

Name, Vorname <i>Last name, first name</i>	
Geburtsdatum <i>Date of birth</i>	
Adresse <i>Address</i>	
Personalnummer <i>Personnel number</i>	

Angaben zur Impfung: Erste Dosis / Vaccination information: First dose

Datum der Impfung und Uhrzeit <i>Date and time of vaccination</i>	
Injektionsstelle <i>Injection site</i>	<input type="checkbox"/> LDM <i>left deltoid</i> <input type="checkbox"/> RDM <i>right deltoid</i>
Impfprodukt bzw. Handelsname <i>Name of the vaccine or trade name</i>	
Chargennummer <i>Batch number</i>	

Durchführende/r Ärztin/Arzt / Performing doctor:

.....
 Name (in Druckbuchstaben)

.....
 Unterschrift / Signature

.....
 Adresse, Telefonnr. der impfenden Stelle
Address, phone no., vaccination center

Angaben zur Impfung: Zweite Dosis / Vaccination information: Second dose

Datum der Impfung und Uhrzeit <i>Date and time of vaccination</i>	
Injektionsstelle <i>Injection site</i>	<input type="checkbox"/> LDM <i>left deltoid</i> <input type="checkbox"/> RDM <i>right deltoid</i>
Impfprodukt bzw. Handelsname <i>Name of the vaccine or trade name</i>	
Chargennummer <i>Batch number</i>	

Durchführende/r Ärztin/Arzt / Performing doctor:

.....
 Name (in Druckbuchstaben)

.....
 Unterschrift / Signature

.....
 Adresse, Telefonnr. der impfenden Stelle
Address, phone no., vaccination center