

WELTGESUNDHEITSORGANISATION
WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



INTERNATIONALE BESCHEINIGUNGEN
ÜBER IMPFUNGEN

INTERNATIONAL CERTIFICATES OF VACCINATION
CERTIFICATS INTERNATIONAUX DE VACCINATION

IMPFBUCH

OTHER CERTIFICATES OF VACCINATION
AUTRES CERTIFICATS DE VACCINATION

NOTFALLAUSWEIS

EMERGENCY CERTIFICATE
CARTE SANITAIRE D'URGENCE

ORGANSPENDEAUSWEIS

Ausgestellt für / Issued to / Délivré à

Name, Vorname / Name, surname / Nom, prénom

Stürzner, Ralf

Geburtsdatum / Born on / Né(e) le

09 09 1990

Geburtsort / in / à

Bautzen

Wohnanschrift / Address / Domicile et adresse

Reisepass-Nr. oder

Nr. des Personalausweises

Passport No. or

Travel Document No.

Numéro du passport ou

de la pièce justificative

CC668WY4T

Änderung des Namens oder der Anschrift

Persönliche Identifikationsnummer

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

Einverständnis zur Impfdokumentation

Hiermit stimme ich zu, dass nachfolgende Daten (Name, Vorname, Tag der Geburt, Wohnanschrift, Nummer und Art der Impfung, Impfdatum) bei allen in diesem Buch dokumentierten Impfungen an das zuständige Gesundheitsamt übergeben werden. Ich entbinde den Impfarzt diesbezüglich von der ärztlichen Schweigepflicht. Rechtsbelehrung darüber ist erfolgt; das Merkblatt wurde ausgehändigt.

Datum:

Unterschrift (bei Kindern und Jugendlichen durch
Sorgeberechtigte/n)

Stempel des Impfarztes

Unterschrift Impfarzt

Allgemeine Hinweise für den Impfling oder dessen Sorgeberechtigte/n

Treten nach einer Schutzimpfung Gesundheitsstörungen auf, die über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehen, so ist sofort ein Arzt (zweckmäßigerweise der impfende Arzt) zu konsultieren und das Gesundheitsamt zu benachrichtigen. Im Falle eines Impfschadens besteht Anspruch auf Versorgung.

Das Impfbuch ist ein Dokument. Es ist sorgfältig zu behandeln und aufzubewahren. Bitte bringen Sie es zu jeder Vorstellung beim Arzt (behandelnder Arzt, Schularzt, Impfarzt) mit.

Schutzimpfung gegen Tuberkulose (BCG)
Vaccination against Tuberculosis (BCG)

Datum Date	Impfstoffart / Handelsname / Chargen-Nr. Kind of vaccine / Proprietary name / Batch no.	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp
10.05 1990	BCG	Impfstelle des Gesundheitsamtes Behringstraße 1 12525 Bautzen Telefon 03591 / 5251-53106

Tuberkulinproben
Tuberculin test

Datum Date	Testart* und Konzentration Test* and concentration	Reaktion** Reaction**	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

* S = Stempeltest, I = Intrakutantest

** Befund wörtlich eintragen (positiv bzw. negativ) und Angabe des Durchmessers der Induration.

Schutzimpfung gegen Diphtherie (D/d) - Tetanus (T) - Keuchhusten (Pertussis) (P/Pa)
Vaccination against Diphtheria (D/d) - Tetanus (T) - Pertussis (P/Pa)

Datum Date	Impfstoffart Kind of vaccine			Handelsname / Chargen-Nr. Proprietary name / Batch no.	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp
	D/d	T	P/Pa		
05.12.1990	X	X	X		für die richtige Übertragung der Daten zeichnet verantwortlich Fr. Dutschke
02.01.1991	X	X	X		
30.01.1991	X	X	X		
25.08.1992	X	X	X		
17.09.1996	Tcl				Übertr. 12.12.13
04.12.2000			P		Impfstelle des Gesundheitsamtes Bahnhofstraße 5, 02625 Bautzen Telefon 03591 / 5251-53106
09.02.2002	Tcl				
20.5. 14	REPEVAX® Ch.-B.: J0026-1 6285-A				Gesundheitsamt Bautzen Impfstelle Dr. med. B. Großmann Bernhard Koch FA für Innere Medizin Nonnenstr. 44 • 04229 Leipzig
05.02. 2026	Repevax® Ch.-B. Y3K25D1				

Fortsetzung von Seite 4 - **Schutzimpfung** gegen **Diphtherie (D/d) - Tetanus (T) - Keuchhusten (Pertussis) (P/Pa)**

Cont'd from page 4 - **Vaccination** against **Diphtheria (D/d) - Tetanus (T) - Pertussis (P/Pa)**

Datum Date	Impfstoffart Kind of vaccine			Handelsname / Chargen-Nr. Proprietary name / Batch no.	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp
	D/d	T	P/Pa		

Antikörperbestimmungen gegen Diphtherie
Antibody assays against Diphtheria

Datum Date	Testart / Labor Test / Laboratory	Resultat Result	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

Antikörperbestimmungen gegen Tetanus
Antibody assays against Tetanus

Datum Date	Testart / Labor Test / Laboratory	Resultat Result	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

Immunitätsbestimmungen gegen Pertussis
Immunity assays against Pertussis

Datum Date	Testart / Labor Test / Laboratory	Resultat Result	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

Schutzimpfung gegen Haemophilus influenzae-Typ-b-Infektion (Hib)
Vaccination against Haemophilus influenzae type b infection (Hib)

	Datum Date	Impfstoffart / Handelsname / Chargen-Nr. Kind of vaccine / Proprietary name / Batch no.	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp
1. Hib	30.04 1992	HiB	übertr. 12.12.13 Impfstelle des Gesundheitsamtes Bahnhofstraße 5, 02625 Bautzen Telefon 03591 / 5251-53106
2. Hib			
3. Hib			
4. Hib			

Antikörperbestimmungen gegen Hib
Antibody assays against Hib

Datum Date	Testart / Labor Test / Laboratory	Resultat Result	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

Schutzimpfung gegen Poliomyelitis (übertragbare Kinderlähmung)
Vaccination against Poliomyelitis

Datum Date	Impfstoffart (OPV / IPV) / Handelsname / Chargen-Nr. Kind of vaccine (OPV / IPV) / Proprietary name / Batch no.	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp
30.01 1991	OPV	
19.03 1991	OPV	Für die richtige Übertragung der Daten zu hinterlegen <i>H. Dubchuk</i>
29.05. 1991	OPV	<i>übertr. 12.12.13</i> Impfstelle des Gesundheitsamtes Bahnhofstraße 5, 02625 Bautzen Telefon 03591 / 5251-53106
04.12. 2000	IPV	

Antikörperbestimmungen gegen Poliomyelitis Antibody assays against Poliomyelitis

[illegible]

Schutzimpfung gegen Masern / Mumps / Röteln
Vaccination against Measles / Mumps / Rubella

	Datum Date	Impfstoffart / Handelsname / Chargen-Nr. Kind of vaccine / Proprietary name / Batch no.	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp
1. Masern Mumps Röteln	30.04.1992	1. MMR	Für die richtige Übertragung der Daten zeichnet verantwortlich Fr. Dutschke
2. Masern Mumps Röteln	22.10.1996	2. MMR	überbr. 12.12.13 Impfstelle des Gesundheitsamtes Bahnhofstraße 5, 02625 Bautzen Telefon 03591 / 5251-53106
3. Masern Mumps Röteln			

Antikörperbestimmungen gegen Masern
Antibody assays against Measles

Datum Date	Testart / Labor Test / Laboratory	Resultat Result	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

MMR

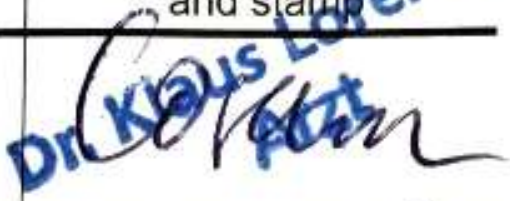
Antikörperbestimmungen gegen Mumps
Antibody assays against Mumps

Datum Date	Testart / Labor Test / Laboratory	Resultat Result	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

Antikörperbestimmungen gegen Röteln
Antibody assays against Rubella

Datum Date	Testart / Labor Test / Laboratory	Resultat Result	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

Schutzimpfung gegen Hepatitis A
Vaccination against Hepatitis A

Datum Date	Impfstoffart / Handelsname / Chargen-Nr. Kind of vaccine / Proprietary name / Batch no.	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp
13.12. 2013	1. Lkpr-A vH. Vigam S. 20	Dr. Klaus Lorenzen 
17.6. 14	2. Hep. A Havrix® 1440 Ch.-B.: AHAVB751AF 	Landratsamt Bautzen Gesundheitsamt DM Martina Schreyer FA für Allgemeinmedizin Bahnhofstraße 6 - 02625 Bautzen

Antikörperbestimmungen gegen HAV
Antibody assays against HAV

Datum Date	Testart / Labor Test / Laboratory	Resultat Result	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

Schutzimpfung gegen Hepatitis B
Vaccination against Hepatitis B

Datum Date	Impfstoffart / Handelsname / Chargen-Nr. Kind of vaccine / Proprietary name / Batch no.	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp
17.09 1996	1. Hep B - K	für die richtige Übertragung der Daten zeichnet verantwortlich H. Dubolike Übertr. 12.12.13 Impfstelle des Gesundheitsamtes Bahnhofstraße 5, 02625 Bautzen Telefon 03591 / 5251-53106 Landratsamt Bautzen Gesundheitsamt M. Martina Schreyer für Allgemeinmedizin Bahnhofstraße 5, 02625 Bautzen HAV HBV
22.10. 1996	2. Hep B - K	
01.12. 1996	3. Hep. B - K	
04.06. 1997	Hep. B - K	
10.6. 14	W. - Hep. B	

Antikörperbestimmungen gegen HBV
Antibody assays against HBV

Datum Date	Testart / Labor Test / Laboratory	Resultat Result	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp
8.7. 14	HBs - AK	> 25000 IU/l	Impfstelle des Gesundheitsamtes Bahnhofstraße 5, 02625 Bautzen Telefon 03591 / 5251-53106

[illegible]

Fortsetzung von Seite 14 - **Schutzimpfung** gegen **Influenza**
 Cont'd. from page 14 - **Vaccination** against **Influenza**

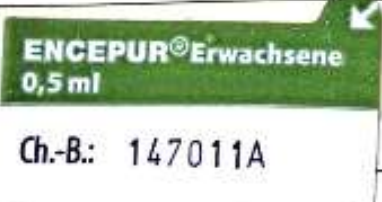
Datum Date	Impfstoffart / Handelsname / Chargen-Nr. Kind of vaccine / Proprietary name / Batch no.	Dosis	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

Inf

Antikörperbestimmungen gegen **Influenza**
Antibody assays against **Influenza**

Datum Date	Testart / Labor Test / Laboratory	Resultat Result	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

Schutzimpfung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)
Vaccination against Spring-Summer Meningo-Encephalitis

Datum Date	Impfstoffart / Handelsname / Chargen-Nr. Kind of vaccine / Proprietary name / Batch no.	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp
15.07 1997	FSMEa	Für die richtige Übertragung der Daten zeichnet verantwortlich Fr. Dubielke Übertr. 12.12.13
22.07 1997	FSMEa	
05.08 1997	FSMEa	
17.12. 2013		Impfstelle des Gesundheitsamtes Bahnhofstraße 5, 02625 Bautzen Telefon 03591 / 5251-53106 Nadja Kanngießer FÄ Innere und Allgemeinmed. Dr.- Peter-Jordan-Str.3 02625 Bautzen

Antikörperbestimmungen gegen FSME
Antibody assays against Spring-Summer Meningo-Encephalitis

Datum Date	Testart / Labor Test / Laboratory	Resultat Result	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

Schutzimpfung gegen Meningitis epidemica (epidemische Gehirnhautentzündung)
Vaccination against Meningitis epidemica

Datum Date	Impfstoffart / Handelsname / Chargen-Nr. Kind of vaccine / Proprietary name / Batch no.	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp
15.7. N	Men. ACWY Nimenrix® Ch.-B.: A90CA054A	Gesundheitsamt Bautzen Impfstelle Dr. med. B. Großmann

**FSME
Men**

Antikörperbestimmungen gegen Meningitis epidemica
Antibody assays against Meningitis epidemica

Datum Date	Testart / Labor Test / Laboratory	Resultat Result	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

Schutzimpfung gegen Japanische Enzephalitis (JE)
Vaccination against Japanese encephalitis (JE)

Datum Date	Impfstoffart / Handelsname / Chargen-Nr. Kind of vaccine / Proprietary name / Batch no.	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

Antikörperbestimmungen gegen Japanische Enzephalitis (JE)
Antibody assays against Japanese encephalitis (JE)

Datum Date	Testart / Labor Test / Laboratory	Resultat Result	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

Schutzimpfung gegen Pneumokokken - Infektion
Vaccination against Pneumococcal infection

Datum Date	Impfstoffart / Handelsname / Chargen-Nr. Kind of vaccine / Proprietary name / Batch no.	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

JE
Pneu

Antikörperbestimmungen gegen Pneumokokken
Antibody assays against Pneumococci

Datum Date	Testart / Labor Test / Laboratory	Resultat Result	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

Schutzimpfung gegen Typhus
Vaccination against Typhoid Fever

Datum Date	Impfstoffart / Handelsname / Chargen-Nr. Kind of vaccine / Proprietary name / Batch no.	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp
13.12. 2013	ViATIM® Ch.-B.: J5432-1 Ep. A + Typhus	Dr. D. Lorenzen ATZ

Antikörperbestimmungen gegen Typhus
Antibody assays against Typhoid Fever

Datum Date	Testart / Labor Test / Laboratory	Resultat Result	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

Schutzimpfung gegen Tollwut Vaccination against Rabies

Datum Date	Impfstoffart / Handelsname / Chargen-Nr. Kind of vaccine / Proprietary name / Batch no.	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp
10.6. 14	1. Tollwut Ch.-B.: 543011F RABIPUR®	Landratsamt Bautzen Gesundheitsamt DM Martina Schreyer FA für Allgemeinmedizin Bahnhofstraße 5 - 02625 Bautzen
17.6. 14	2. Tollwut Ch.-B.: 543011F RABIPUR®	Landratsamt Bautzen Gesundheitsamt DM Martina Schreyer FA für Allgemeinmedizin Bahnhofstraße 5 - 02625 Bautzen
8.7. 14	3. Tollwut Ch.-B.: 543011F RABIPUR®	Landratsamt Bautzen Gesundheitsamt DM Martina Schreyer FA für Allgemeinmedizin Bahnhofstraße 5 - 02625 Bautzen

Ty
Ly

Antikörperbestimmungen gegen Tollwut Antibody assays against Rabies

Datum Date	Testart / Labor Test / Laboratory	Resultat Result	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR REVACCINATION AGAINST YELLOW FEVER
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE REVACCINATION CONTRE LA FIÈVRE JAUNE
INTERNATIONALE BESCHEINIGUNG ÜBER IMPFUNG ODER WIEDERIMPfung GEGEN GELBFIEBER

This is to certify that } _____ date of birth } sex }
 Je soussigné(e) certifie que } né(e) le } sexe }
 Hiermit wird bescheinigt, dass } Geburtsdatum } Geschlecht }
 whose signature follows } _____
 dont la signature suit }
 dessen/deren Unterschrift folgt }
 has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against yellow fever.
 a été vacciné(e) ou revacciné(e) contre la fièvre jaune à la date indiquée.
 zu dem angegebenen Zeitpunkt gegen Gelbfieber geimpft oder wiedergeimpft worden ist.

Date Datum	Signature and professional status of vaccinator Signature et titre du vaccinateur Unterschrift und berufliche Stellung des impfenden Arztes	Manufacturer and batch no. of vaccine Fabricant du vaccin et numéro du lot Hersteller und Chargen-Nr. des Impfstoffes	Official stamp of vaccinating centre Cachet officiel du centre de vaccination Dienstsiegel der Impfstelle	
15.7. 14	Gesundheitsamt Bautzen Impfstelle Dr. med. B. Großmann	STAMARIL® Ch.-B.: K5236-1 6217-B	1	2
2				

3			3	4
4				

This certificate is valid only if the vaccine used has been approved by the World Health Organization, and if the vaccinating centre has been designated by the health administration for the territory in which that centre is situated.

The validity of this certificate shall extend for a period of 10 years, beginning 10 days after the date of vaccination or, in the event of a revaccination within such period of 10 years, from the date of that revaccination.

This certificate must be signed by a medical practitioner in his own hand; his official stamp is not an acceptable substitute for the signature.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid.

Ce certificat n'est valable que si le vaccin employé a été approuvé par l'Organisation Mondiale de la Santé et si le centre de vaccination a été habilité par l'administration sanitaire du territoire dans lequel ce centre est situé.

La validité de ce certificat couvre une période de 10 ans commençant 10 jours après la date de la vaccination ou, dans le cas d'une revaccination au cours de cette période de 10 ans, le jour de cette revaccination.

Ce certificat doit être signé par un médecin de sa propre main, son cachet officiel ne pouvant être considéré comme tenant lieu de signature.

Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des mentions qu'il comporte peut affecter sa validité.

Diese Bescheinigung ist nur gültig, wenn der verwendete Impfstoff von der Weltgesundheitsorganisation anerkannt und die Impfstelle von der Gesundheitsverwaltung des Hoheitsgebiets, in dem sich die Stelle befindet, zugelassen worden ist.

Diese Bescheinigung hat eine Gültigkeit von 10 Jahren, beginnend 10 Tage nach der Impfung oder - bei Wiederimpfung innerhalb dieser 10 Jahre - mit dem Tag der Wiederimpfung.

Diese Bescheinigung muss von einem Arzt eigenhändig unterschrieben sein, sein Stempel wird nicht als Ersatz für die Unterschrift anerkannt.

Jede Änderung, Radierung oder unvollständige Ausfüllung dieser Bescheinigung kann ihre Ungültigkeit zur Folge haben.

Schutzimpfung gegen Varizellen (Windpocken)
Vaccination against Varicella (Chickenpox)

Datum Date	Impfstoffart / Handelsname / Chargen-Nr. Kind of vaccine / Proprietary name / Batch no.	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

Antikörperbestimmungen gegen Varizellen
Antibody assays against Varicella

Datum Date	Testart / Labor Test / Laboratory	Resultat Result	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp
12.1 2021	Varizella- Antikörper- IgG	3091 IE/l positiv	Dr. med. U. Ziegler A.f. Arbeitsmedizin Kohlenstraße 2 04107 Leipzig

Bestätigung der klinischen Varizellenerkrankung
Confirmation of clinical Chickenpox

Datum Date	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

Schutzimpfung gegen Gürtelrose (Herpes Zoster)
Vaccination against herpes zoster (shingles)

Datum Date	Impfstoffart / Handelsname / Chargen-Nr. Kind of vaccine / Proprietary name / Batch no.	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

Immunitätsbestimmung gegen VZV
Confirmation of immunity against VZV

Datum Date	Testart / Labor Test / Laboratory	Resultat Result	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

Bestätigung der klinischen Herpes-Zoster-Erkrankung
Confirmation of clinical herpes zoster

Datum Date	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

**Va
Hz**

Schutzimpfung gegen Humane Papillomviren (HPV)
Vaccination against Human Papillomavirus (HPV)

Datum Date	Impfstoffart / Handelsname / Chargen-Nr. Kind of vaccine / Proprietary name / Batch no.	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

Antikörperbestimmungen gegen HPV / HPV Nachweis (PCR u.a.)
Antibody assays against HPV / HPV Confirmation (PCR a.o.)

Datum Date	Testart / Labor Test / Laboratory	Resultat Result	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

Schutzimpfung gegen Rotavirus -Erkrankung / -Infektion
Vaccination against Rotavirus -disease / -infection

Datum Date	Impfstoffart / Handelsname / Chargen-Nr. Kind of vaccine / Proprietary name / Batch no.	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

Nachweis Rotavirus -Infektion / -Erkrankung
Confirmation Rotavirus -infection / -disease

Datum Date	Testart / Labor Test / Laboratory	Resultat Result	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

**HPV
Ro**

Schutzimpfung gegen Cholera
Vaccination against Cholera

Datum Date	Impfstoffart / Handelsname / Chargen-Nr. Kind of vaccine / Proprietary name / Batch no.	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp
8.7. 14	Dukoral 	Landratsamt Bautzen Gesundheitsamt DM Martina Schreyer FA für Allgemeinmedizin Bahnhofstraße 6 • 0625 Bautzen

Weitere Schutzimpfungen
Other Vaccinations

Datum Date	Impfstoffart / Handelsname / Chargen-Nr. Kind of vaccine / Proprietary name / Batch no.	Dosis	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp
26. MAI 2021	COMIRNATY® Ch.-B.: 1D015A		Dr. med. Annett Ludwig Fachärztin für Frauen- heilkunde & Geburtshilfe
16.6. 21	COMIRNATY® Ch.-B.: FA5833		Dr. med. Annett Ludwig Fachärztin für Frauen- heilkunde & Geburtshilfe KV Sachsen
06.12. 22	COVID-19 Vaccine Moderna LOT 3004500 		

Fortsetzung von Seite 28 - **Weitere Schutzimpfungen**
Cont'd from page 28 - **Other Vaccinations**

[illegible]

Passive Immunisierung und Human Immunglobuline

Standard-Immunglobuline (im und iv). Spezifische Immunglobuline z.B. gegen Tetanus (TIG), Hepatitis B (HBIG), Röteln, FSME. Blut und Blutprodukte siehe Notfallausweis.

Passive immunisations and humane immunoglobulins

Datum Date	Typ Type	Dosis	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

Weitere Antikörperbestimmungen

Other antibody assays

Datum Date	AK gegen Ab against	Testart / Labor Test / Laboratory	Resultat Result	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

NOTFALLAUSWEIS

EMERGENCY CERTIFICATE

Im Notfall bitte benachrichtigen: *)

In an emergency please inform: *)

Name / Name Anschrift / Address Tel.Nr. (mit Vorwahl) / Tel. No., incl. area code

Ärztliche Angaben zu Gesundheitsproblemen (bitte ankreuzen und erläutern) / Doctor's comments on health problems (please mark and explain)

Allergien oder Unverträglichkeiten (pharmakologische oder anästhesiologische) /
Allergies or incompatibilities (to drugs or anaesthetics)

Chronische Organleiden / Chronic organic diseases

Asthma oder chronische Bronchitis / Asthma or chronic bronchitis

Herzkrankheit / Heart disease

*) Eintragung ggf. mit Bleistift

Anfälle oder Nervenleiden / Fits or nervous diseases

Hämophilie / Haemophilia

Diabetes / Diabetes

Glaukom / Glaucoma

Dialysebehandlung / Dialysis treatment

Wichtiger chirurgischer Eingriff / Important surgery

Fehlendes Organ / Missing organ

Transplantation / Transplant

Herzschrittmacher / Heart pacemaker

Abnehmbare Prothesen (Kontaktlinsen, Zahnprothesen, andere) / Removable protheses (contact lenses, dentures, other)

Sonstiges / Miscellaneous

Blutgruppe und Rhesusfaktor / Blood group and rhesus factor

A

B

0

Rh-pos (D+)

Rh-neg (D-)

"Rh-positiv" bzw. "Rh-negativ" wörtlich eintragen
Write in full "Rh-Positive" or "Rh-negative"

Rh-Formel / Rh-formula

Antikörper / Antibodies

Datum/Date

Unterschrift und Stempel des Verantwortlichen
Signature and stamp of person responsible

Transfusion von Blut oder Blutderivaten / Transfusion of blood or blood derivatives

Datum Date	Blut Blood	Derivat Blood derivative	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

Medikamentöse Langzeitbehandlung / Medical long-term therapy

Datum Date	Präparat Preparation	Dosis	Dauer Duration	Unterschrift und Stempel des Arztes / Doctor's signature and stamp

Inhaltsverzeichnis

1. Internationale Bescheinigungen über Impfungen

Seite

Gelbfieber	YF	22, 23
------------	----	--------

2. Impfbuch (alphabetisch geordnet)

Cholera	CH	28
Diphtherie	D	4, 5, 6
Frühsommer-Meningoenzephalitis	FSME	16
Gürtelrose (Zoster)	Zo	25
Haemophilus-influenzae-Typ-b-Infektion	Hib	7
Hepatitis A	HAV	12
Hepatitis B	HBV	13
Humane Papillomvirus - Infektion	HPV	26
Influenza	Inf	14, 15
Japanische Enzephalitis	JE	18
Keuchhusten (Pertussis)	P/Pa	4, 5, 6
Masern	Ma	10, 11
Meningitis epidemica (epid. Gehirnhautentzündung)	Men	17
Mumps	Mu	10, 11
Pneumokokken-Infektion	Pneu	19
Poliomyelitis (übertragbare Kinderlähmung)	OPV/IPV	8, 9
Rotavirus-Erkrankung	Ro	27
Röteln	Rö	10, 11
Tetanus	T	4, 5, 6
Tollwut	Ly	21
Tuberkulose	BCG	3
Typhus	Ty	20
Windpocken (Varizellen)	Va	24
Weitere Schutzimpfungen		28, 29
Weitere Antikörperbestimmungen		30
Passive Immunisierungen		30

3. Notfallausweis

Blutgruppe / Risikofaktoren / Allergien / Medikamente / Herzschrittmacher / Transplantationen / Sonstiges	31 - 33
--	---------

4. Organspendeausweis

35

ORGANSPENDEAUSWEIS

nach § 2 des Transplantationsgesetzes

Name, Vorname	Geburtsdatum
Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) *	

Erklärung zur Organspende

Für den Fall, dass **nach meinem Tod** eine **Spende von Organen/ Geweben zur Transplantation** in Frage kommt, erkläre ich:

- ☐ **JA**, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.
- oder ☐ **JA**, ich gestatte dies, mit **Ausnahme** folgender Organe/Gewebe:
-
- oder ☐ **JA**, ich gestatte dies, jedoch **nur** für folgende Organe/Gewebe:
-
- oder ☐ **NEIN**, ich widerspreche einer Entnahme von Organen und Geweben.
- oder ☐ **Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:** *

Name, Vorname	Telefon
Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) *	

Platz für Anmerkungen / Besondere Hinweise

Datum	Unterschrift
-------	--------------

*) Eintragung ggf. mit Bleistift

Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer 0800 / 90 40 400.

**Herausgegeben in Zusammenarbeit
mit der Sächsischen Impfkommision (SIKO)**

Deutscher Gemeindeverlag GmbH Heßbrühlstraße 69, 70565 Stuttgart
Bestellfax: 0711 7863-8400 dgv@kohlhammer.de www.kohlhammer.de

14/513/0572/88 W. Kohlhammer GmbH (11010)
Deutscher Gemeindeverlag GmbH

Urheberrechtlich geschützt - Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!