

Name/Nom/Cognome _____

Geburtsdatum
Date de naissance
Data di nascita _____

Vorname/Prénom/Nome _____

Impfung Vaccination Vaccinazione	Impfstoff/Vaccin/Vacc. Hersteller, Lot. Nr. Fabricant, no du lot Produttore, no del lotto	Datum Date Data	Stempel/Unterschrift Timbre/Signature Timbro/Firma	Nächste Impf. Prochaine vacc. Prossima vacc.
Kinderlähmung Poliomyélite Poliomielite	<i>Poloral Berne trivalent</i>	<i>22.9.99</i>	Dr. med. Stich	Unterschrift fehlt
Diphtherie Diphthérie Difterite Starrkrampf Tétanos Tetano Keuchusten Coqueluche Pertosse	<div data-bbox="458 549 729 631" style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 10px;">Lot. Nr. fehlt</div> Boostrix® (dTpa) Lot: 37760C9 <div data-bbox="402 890 761 968" style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px;">korrekt ausgefüllt</div>	<i>24.11.04</i>	Dr. med. Stich <div data-bbox="1108 637 1482 885" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <i>Dr. Stich</i> korrekt ausgefüllt </div>	