

## Impfungen/Immunitätsnachweis

Name: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer/Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Impfung	Impfdatum	Titer: IgG	Datum der Titerkontrolle
<b>Masern</b>	1. Teilimpfung:		
	2. Teilimpfung:		
<b>Mumps</b>	1. Teilimpfung:		
	2. Teilimpfung:		
<b>Röteln</b>	1. Teilimpfung:		
	2. Teilimpfung:		
<b>Varicellen (Schafblattern, Windpocken)</b>	1. Teilimpfung:		
	2. Teilimpfung:		
<b>Hep.B bzw. AB</b>	1. Teilimpfung:		
	2. Teilimpfung:		
	3. Teilimpfung:		
	Auffrischungsimpfung am:		

**Ich, der behandelnde Mediziner/die behandelnde Medizinerin, bestätige mit meiner Unterschrift die wahrheitsgemäßen Angaben.**

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift u. Stempel  
des Arztes/der Ärztin