

**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*

 Angaben zur Impfung: **Dritte Dosis** / *Vaccination information: Third 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*