

<i>Nachweis über ärztliche Impfberatung</i>
<i>deutsch</i>

Nachweis über die ärztliche Impfberatung

Bei _____
Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes

hat mit den Sorgeberechtigten eine Impfberatung gemäß § 34 Abs. 10a IfSG
stattgefunden.

Ort, Datum _____

Unterschrift und Stempel Arzt*Ärztin _____