

Confirmation of medical vaccination consultation

Nachweis über die ärztliche Impfberatung

Bei _____
Surname, first name, child's date of birth
Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes

This is to confirm that a vaccination consultation in accordance with Section 34 Para. 10a Infection Protection Act (IfSG) has taken place with the parent of the aforementioned child.

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

Place, Date _____
Ort, Datum

Doctor's signature and stamp _____
*Unterschrift und Stempel Arzt*Ärztin*