

Nachweis über ärztliche Impfberatung
englisch

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