

Посвідчення про медичну консультацію щодо вакцинації

Nachweis über die ärztliche Impfberatung

Відносно _____

Bei _____
Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes

відбулася консультація з питань вакцинації з опікунами відповідно до §
34 абз. 10a IfSG

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

Місце, дата _____

Ort, Datum

Підпис і печатка лікаря / лікарки _____

*Unterschrift und Stempel Arzt*Ärztin*