

Ausstellende Impfstelle bzw. ausstellende:r Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_

### Ersatzformular zur Dokumentation der durchgeführten COVID-19-Impfung

#### Geimpfte Person:

Nachname: ..... Vorname: .....

Geschlecht:  weiblich  männlich  Divers

Geburtsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DD MM JJJJ

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

#### Folgende Impfung wurde durchgeführt:

	Datum	Impfstoff/Charge	Stempel/ Unterschrift Ärztin/Arzt
Erste Impfung			
Zweite Impfung			
Auffrischung 1			
ggf. Auffrischung 2 (Varianten-Anpassung)			

Ausstellende Impfstelle bzw. ausstellende:r Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_

### Ersatzformular zur Dokumentation der durchgeführten COVID-19-Impfung

#### Geimpfte Person:

Nachname: ..... Vorname: .....

Geschlecht:  weiblich  männlich  Divers

Geburtsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DD MM JJJJ

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

#### Folgende Impfung wurde durchgeführt:

	Datum	Impfstoff/Charge	Stempel/ Unterschrift Ärztin/Arzt
Erste Impfung			
Zweite Impfung			
Auffrischung 1			
ggf. Auffrischung 2 (Varianten-Anpassung)			