

# Anmerkungen für Impfsätze in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West)

1.

Die Seiten 1 - 7 enthalten internationale Impfbescheinigungen, die in englischer oder französischer Sprache auszufüllen sind; sie werden nur dann international anerkannt, wenn sie mit dem Dienststempel des für den Impfsatz zuständigen Gesundheitsamtes versehen sind. Eintragungen in diesem Buch entsprechen den Vorschriften § 14 Bundes-Seuchengesetz.

2.

Die auf den Seiten 8 bis 10 eingetragenen Pockenschutzimpfungen müssen zur Erlangung internationaler Gültigkeit unter Beachtung der internationalen Gesundheitsvorschriften nochmals auf Seite 2 bzw. 3 eingetragen werden.

3.

Die Zurückstellung von der gesetzlich vorgeschriebenen Pockenschutzimpfung ist auf den Seiten 11 bzw. 12 zu bescheinigen.



DEUTSCHES GRÜNES KREUZ  
GERMAN GREEN CROSS FOR SAFETY  
CROIX VERTE ALLEMANDE

AMTLICHES IMPFBUCH FÜR DAS LAND BERLIN

Copyright der Seiten 8-20 by  
Deutsches Grünes Kreuz  
958 Marburg/Lahn und  
Land Berlin, Senator für Gesundheitswesen

Zu beziehen: Bestell-Nr. 4963 über Deutsches Grünes Kreuz 1 Berlin 37 - Kleiststraße

Verlag H. Hoffmann, 1 Berlin 37

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
WELTGESUNDHEITSORGANISATION



INTERNATIONAL CERTIFICATES  
OF VACCINATION

CERTIFICATS INTERNATIONAUX  
DE VACCINATION

INTERNATIONALE BESCHEINIGUNGEN  
ÜBER IMPFUNGEN  
UND IMPFBUCH

gemäß § 14 Bundes-Seuchengesetz

issued to

délivré à

ausgestellt für

Schneider,  
Stefan  
geb. 4.6.65

Passport No. or  
Travel Document No.

Numéro du passeport ou  
de la pièce justificative

Reisepaß-Nr. oder  
Nr. des Pers.-Ausweises

International Sanitary Regulations / Règlement Sanitaire International / Internationale Gesundheitsvorschriften

INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR REVACCINATION AGAINST SMALLPOX.  
 CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE REVACCINATION CONTRE LA VARIÖLE  
 INTERNATIONALE BESCHLEICHTUNG ÜBER IMPFUNG ODER WIEDERIMPfung GEGEN PÖCKEN

This is to certify that  
 Je soussigné(e) certifie que  
 Hierdurch wird bescheinigt, daß  
 whose signature follows  
 dont la signature suit  
 demselben Unterschrift folgt

has on the date indicated here vaccinated or revaccinated against smallpox.  
 a été vacciné(e) ou revacciné(e) contre la variöle à la date indiquée.  
 in dem angegebenen Zeitpunkt gegen Pöcken geimpft oder wiedergeimpft worden ist.

Date Datum	Show by "X" whether: Indiquer par "X" s'il s'agit de Zustreffendes ankreuzen.	Signature and professional status of vaccinator Signature et qualité professionnelle du vaccinateur Unterstützt und Dienststellung des die Impfung Ausführenden	date of birth ou (e) le Geburtsdatum	SEX SEX Geschlecht	Approved stamp Cachet d'authentification Publischlich anerkanntes Siegel
1a	Primary vaccination, performed Präimmunisation effectuée Erste Impfung durchgeföhrt	1a	1b		
1b	Reed as successful. Rive mit Erfolg Unsuccessful Echec de rive Ohne Erfolg				

2	Revaccination Wiederimpfung	2	3		
3	Revaccination Wiederimpfung		4	5	
4	Revaccination Wiederimpfung		6	7	
5	Revaccination Wiederimpfung				
6	Revaccination Wiederimpfung				
7	Revaccination Wiederimpfung				

The validity of this certificate shall extend for a period of three years, beginning eight days after the date of a successful primary vaccination or, in the event of a revaccination, on the date of that revaccination.  
 The vaccination stamp mentioned above must be in a form prescribed by the health administration of the territory in which the vaccination is performed.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid.

La validité de ce certificat couvre une période de trois ans commençant huit jours après la date de la primo-vaccination effectuée avec succès (prime) ou, dans le cas d'une revaccination, le jour de cette revaccination.

The cachet & authentication stamp must be in a form as modelled prescribed by the health administration of the territory in which the vaccination is performed.

Yours correction or rature sur le certificat ou l'omission de quelque partie des mentions qu'il comporte peut affecter sa validité.

Die Gültigkeit dieser Bescheinigung beträgt drei Jahre, beginnend acht Tage nach der ersten mit Erfolg durchgeführten Impfung etc. (in falls einer Wiederimpfung mit dem Tage dieser Wiederimpfung).

Das vorgenannte Publizlich anerkannte Siegel muß den Vorschriften der Gesundheitsbehörden des Gebietes entsprechen, in dem die Impfung durchgeföhrt wird.

Jede in dieser Bescheinigung vorgenommene Aenderung, Radierung oder unvollständige Ausfüllung kann ihre Ungültigkeit zur Folge haben.

**INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR REVACCINATION AGAINST YELLOW FEVER**  
**CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE REVACCINATION CONTRE LA FIÈVRE JAUNE**  
**INTERNATIONALE BESCHEINIGUNG ÜBER IMPFUNG ODER WIEDERIMPfung GEGEN GELBFIEBER**

This is to certify that sex  
 le soussigné(e) certifie que sex  
 hierdurch wird bescheinigt, daß Geschlecht

whose signature follows date of birth  
 dessen/deren Unterschrift folgt Geburtsdatum  
 has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against yellow fever,  
 a été vacciné(e) ou revacciné(e) contre la fièvre jaune à la date indiquée,  
 zu dem angegebenen Zeitpunkt gegen Gelbfieber geimpft oder wiedergeimpft worden ist.

Date Datum	Signature and professional status of vaccinator Signature et qualité professionnelle du vaccinateur Unterschrift und Dienststellung des die Impfung Ausführenden	Origin and batch no. of vaccine Origine des vaccin employé et numéro du lot Herkunft und Herstellungsnummer des Impfstoffes	Official stamp of vaccinating Centre Cachet officiel du centre de vaccination Dienststempel der Impfstation
1			2

3			4
4			5
5			6

This certificate is valid only if the vaccine used has been approved by the World Health Organization and if the vaccinating centre has been designated by the health administration for the territory in which that centre is situated.

The validity of this certificate shall extend for a period of six years, beginning ten days after the date of vaccination or, in the event of a revaccination within such period, from the date of that revaccination.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid.

Ce certificat n'est valable que si le vaccin employé a été approuvé par l'Organisation Mondiale de la Santé et si le centre de vaccination a été habilité par l'administration sanitaire des territoires dans lequel ce centre est situé.

La validité de ce certificat couvre une période de six ans commençant dix jours après la date de la vaccination ou, dans le cas d'une revaccination au cours de cette période de six ans, le jour de cette revaccination.

Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des mentions qu'il comporte peut affecter sa validité.

Diese Bescheinigung hat nur Gültigkeit, wenn der verwendete Impfstoff von der Weltgesundheitsorganisation gebilligt und die Station, in der die Impfung durchgeführt wird, von der Gesundheitsbehörde des Inhabergebietes, in dem sich die Station befindet, zugelassen ist.

Die Gültigkeitsdauer dieser Bescheinigung beträgt sechs Jahre, beginnend zehn Tage nach der Impfung oder - im Falle einer Wiederimpfung innerhalb dieser sechs Jahre - mit dem Tage dieser Wiederimpfung.

Jede in dieser Bescheinigung vorgenommene Abänderung, Erasure oder unvollständige Ausfüllung kann diese Ungültigkeit zur Folge haben.



**INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR REVACCINATION AGAINST CHOLERA**  
**CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE REVACCINATION CONTRE LE CHOLÉRA**  
**INTERNATIONALE BESCHINIGUNG ÜBER IMPFUNG ODER WIEDERIMPfung GEGEN CHOLERA**

This is to certify that  
 le soussigné(e) certifie que  
 Hierdurch wird bescheinigt, daß

date of birth  
 (né(e) le  
 Geburtsdatum

sex  
 sexe  
 Geschlecht

whose signature follows  
 dont la signature suit  
 desjenigen Unterschrift folgt

has on this date indicated been vaccinated or revaccinated against cholera.  
 a été vacciné(e) ou revacciné(e) comme le choléra à la date indiquée.  
 zu dem angegebenen Zeitpunkt gegen Cholera gestimpft oder wiederstimpft worden ist.

Date Datum	Signature and professional status of vaccinator Signature et qualité professionnelle du vaccinateur Unterschrift und Dienststellung des die Impfung Ausführenden	Approved stamp Cachet d'authentification Behördlich anerkanntes Siegel
1 17.11.19	Dr. med. Peter Hanowski prakt. Arzt u. Sporthzt Berlin 42, Mariend. Damm 74 Telefon 7 06 11 19	1  2 
2 24.11.19	Dr. med. Peter Hanowski prakt. Arzt u. Sporthzt J. Berlin 42, Mariend. Damm 74 Telefon 7 06 11 19	

3		3
4		4
5		5

The validity of this certificate shall extend for a period of six months, beginning six days after the first injection of the vaccine or, in the event of a revaccination within such period of six months, on the date of that revaccination. The approved stamp mentioned above must be in a form prescribed by the health administration of the territory in which the vaccination is performed.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid.

La validité de ce certificat couvre une période de six mois commençant six jours après la première injection du vaccin ou, dans le cas d'une revaccination au cours de cette période de six mois, le jour de cette revaccination.

Le cachet d'authentification dont il est question au modèle précédent par l'administration sanitaire du territoire où la vaccination est effectuée.

Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des mentions qu'il comporte peut affecter sa validité.

Die Gültigkeit dieser Bescheinigung beträgt sechs Monate, beginnend sechs Tage nach der ersten Impfung oder — im Falle einer Wiederimpfung innerhalb dieser sechs Monate — mit dem Tage der Wiederimpfung. Das vorgenannte behördlich anerkannte Siegel muß dem Vordruckten der Gesundheitsbehörde des Habitusgebiets entsprechen, in dem die Impfung durchgeführt wird.

Jede in dieser Bescheinigung vorgenommene Abänderung, Radierung oder unvollständige Ausfüllung kann ihre Ungültigkeit zur Folge haben.

### Impfschein

über eine der gesetzlichen Pflicht genügende Pockenschutz-Erstimpfung

Impfliste Nr. III/244 Impfbezirk Tempelhof III  
(Entsprechend der amtl. Liste der zur Erstimpfung vorzustellenden Impfpflichtigen auszufüllen)

Der/Die auf Seite 1 genannte Inhaber/in dieses Ausweises wurde  
am 18. 4. 19 66

zum ersten\*) - zweiten\*) - dritten\*) Male mit Erfolg, zum dritten\*) Male ohne Erfolg\*)  
gegen Pocken geimpft. Durch diese Impfung ist der gesetzlichen Pflicht (gemäß Impf-  
gesetz vom 8. April 1874) genügt.

Barthelme den 19. 4. 66  
(Unterschrift u. Stempel des Arztes/Impfärztes)

\*) Nichtzutreffendes ist zu streichen

Bescheinigung über erfolglose Pockenschutz-Erstimpfungen. Die Impfung muß  
nach Möglichkeit spätestens im nächsten Jahr wiederholt werden.  
Certificate of unsuccessful primary vaccinations against smallpox. The vaccination  
must, if possible, be repeated next year at the latest.  
Certificat de primovaccination sans succès contre la variole. La revaccination doit  
avoir lieu de préférence au plus tard dans l'année qui suit.

Impf- liste Nr.	Impfbezirk	Tag der Impfung	a) Unterschrift und Stempel des Arztes b) Raum für Vermerke des Gesundheitsamtes
			a)
			b)
			a)
			b)
			a)
			b)

### Impfschein

über eine der gesetzlichen Pflicht genügende Pockenschutz-Wiederimpfung

Impfliste Nr. 41/34/17 Impfbezirk Tempelhof III  
(Entsprechend der amtl. Liste der zur Wiederimpfung vorzustellenden Impfpflichtigen auszufüllen)

Der/Die auf Seite 1 genannte Inhaber/in dieses Ausweises wurde  
am 2. 11. 77 19 77

zum ersten\*) - zweiten\*) - dritten\*) Male mit Erfolg, zum dritten\*) Male ohne Erfolg\*)  
gegen Pocken geimpft. Durch diese Impfung ist der gesetzlichen Pflicht (gemäß Impf-  
gesetz vom 8. April 1874) genügt.

F. 7 den 10. 11. 77  
(Unterschrift u. Stempel des Arztes/Impfärztes)

\*) Nichtzutreffendes ist zu streichen

Eintragung erst nach erfolgreicher oder dreimaliger erfolgloser Impfung

Beschneidung über erfolglose Pockenschutz-Wiederimpfungen. Die Impfung muß spätestens im nächsten Jahr wiederholt werden.

Certificate of unsuccessful smallpox revaccinations. The vaccination must be repeated next year at the latest.

Certificat de revaccination sans succès contre la variole. La revaccination au plus tard dans l'année qui suit.

Impf- liste Nr.	Impfbezirk	Tag der Impfung	a) Unterschrift und Stempel des Arztes b) Raum für Vermerke des Gesundheitsamtes
15.6. 11	Encepur Erwachsene Ch.-B.: 117031A Verw. bis: 09.2011		Dipl.-Med. Elke Beckmann Ärztin f. Innere Med. Heinrich-Rohrer-Str. 23, 1100 Berlin 72 22368
28.6. 11	Encepur Erwachsene Ch.-B.: 117031A Verw. bis: 09.2011		Dipl.-Med. Elke Beckmann Ärztin f. Innere Medizin Heinrich-Rohrer-Str. 23, 1100 Berlin 72 22368
2.8. 11	ENCEPUR <sup>®</sup> Erwachsene Aster Ch.-B.: 117031A Verw. bis: 09.2011		Dipl.-Med. Elke Beckmann Ärztin f. Innere Medizin Heinrich-Rohrer-Str. 23, 1100 Berlin 72 22368
			a)
			b)

Ärztliches Zeugnis über Zurückstellungen von der Pockenschutzimpfung \*)

Impf- liste Nr.	Impfbezirk	zurück- gestellt bis	a) Unterschrift und Stempel des Arztes b) Raum für Vermerke des Gesundheitsamtes
			a)
	Grund		b)
	Impfbezirk	zurück- gestellt bis	a)
	Grund		b)

\*) Medical certificate of exemptions from smallpox vaccination.

Certificat médical concernant les raisons dispensant de la vaccination anti-varicelle.



Ärztliches Zeugnis über Zurückstellungen von der Pockenschutzimpfung\*)

Impf- liste Nr.	Impfbezirk	zurück- gestellt bis	a) Unterschrift und Stempel des Arztes b) Raum für Vermerke des Gesundheitsamtes
			a)
	Grund		b)
	Impfbezirk	zurück- gestellt bis	a)
	Grund		b)

\*) Medical certificate of exemptions from smallpox vaccination.  
Certificat médical concernant les raisons dispensant de la vaccination anti-varioloque.

Bescheinigung über Tuberkulose-Schutzimpfungen (BCG) / Certificate of vaccination  
against tuberculosis (BCG) / Certificat des vaccinations contre la tuberculose (BCG).

Datum	Impfstoff Charge	Unterschrift und Stempel des Arztes
M. 6. 65	Op. Nr. 730	Behr. Dr. F. Grünwald M. 1. Mansfelder Weg 28-38 Telefon: 62 01 71

Ergebnisse der Tuberkulinproben / Tuberculin-test results / Résultats des épreuves  
de tuberculine

Datum	Probe *) w. gef. Kon- zentration	Reaktion**)	Unterschrift und Stempel des Arztes
27. SEP. 65	M $\frac{1}{2}$	negativ	Dr. med. Heinz Grünwald Berliner-Charité-Krankenanstalten Berlin 2, Mariendorfer Eisenbahn-Straße 43, Telefon 75 71 51 Dr. med. Heinz Grünwald
9. 9. 65	M x 1:100	positiv	Dr. med. Heinz Grünwald Berliner-Charité-Krankenanstalten Berlin 2, Mariendorfer Eisenbahn-Straße 43, Telefon 75 71 51
7. 11. 80	Tuber- Reakt.	neg.	Dr. med. Hans-Joachim Krause Eisenbahn-Straße 43, Telefon 75 71 51

\*) M = Ferkantentest nach Mauds. P = Kutantest nach Pirquet. Mx = Intrakutantest  
nach Mendel-Mantoux. \*\*) Befund wörtlich eintragen (positiv bzw. negativ)  
Enter test result literally / Inscrive le résultat mot à mot.

Bescheinigung über Schutzimpfungen mit einfachen oder kombinierten  
 Injektionsimpfstoffen gegen:  
 Certificate of vaccinations with simple or combined vaccines (par piqûres) against:  
 Certificat de vaccinations avec des vaccins simples ou combinés (injections) contre:

Datum	Diphtherie	Tetanus (Wundstarrkr.)	Peritussis (Keuchhusten)	Polio (Salk)	Unterschrift und Stempel des Arztes
31.1.72	x	-	o	o	} <i>Polio</i>
1.3.72	x	x	o	o	
2.2.73	o	x	o	o	
2.4.70	o	x	o	o	} <i>Polio</i>
2.3.81	o	o	o	x	
13.4.89				x	} <i>Polio</i>
10.12.01	x	x	o	o	
15.6.11	x	x	x	x	} <i>Polio</i>

Impfungen in auseinanderliegender Spalte ankreuzen oder Impfstoffe eintragen / Show "x" in the appropriate column(s) the vaccination(s) performed and/or give the vaccine dose. Indiquer par "x" les vaccinations dans la colonne relative ou inscrire la dose appliquée. Freie horizontale Spalten ungültig machen durch „o“ / Invalidate unused spaces by "o" / Annuler les espaces en blanc par "o".

Bescheinigung über Schutzimpfungen mit einfachen oder kombinierten  
 Schluckimpfstoffen gegen:  
 Certificate of vaccinations with simple or combined vaccines (oral) against:  
 Certificat de vaccinations avec des vaccins simples ou combinés (buccal) contre:

Datum	Polio Typ I	Polio Typ II	Polio Typ III	Unterschrift und Stempel des Arztes
31.1.72	x	-	o	} <i>Polio</i>
1.3.72	x	x	o	
9.11.73	x	x	x	} <i>Polio</i>
2.9.79	x	x	x	
2.11.81				} <i>Polio I II III (oral)</i>
19.11.81	x	x	x	
				} <i>Polio</i>

Impfungen in betreffender Spalte ankreuzen oder Impfstoffe eintragen / Show "x" in the appropriate column(s) the vaccination(s) performed and/or give the vaccine dose. Indiquer par "x" les vaccinations dans la colonne relative ou inscrire la dose appliquée. Freie horizontale Spalten ungültig machen durch „o“ / Invalidate unused spaces by "o" / Annuler les espaces en blanc par "o".



## Bescheinigung über andere Schutzimpfungen

(z. B. gegen Typhus abdom., Paratyphus, Fleckfieber, Pest etc.)

Certificate of other vaccinations / Certificat concernant d'autres vaccinations

Datum	Art der Impfung	Dosis	Unterschrift und Stempel des Arztes
19. 10. 05	HARRIX 1440 Hep A	XHARR 03021	Med. Eike Barkmann 10/10
2. 11. 05	HARRIX 1440 Hep A	AHARR 03186	Dr. Eike Barkmann 10/10
20. 09. 2016	Kop A (E) B		Dr. Strobband 10/10
25. 10. 2016	HARRIX 1440	AHARR 03186	Dr. Strobband 10/10
11. 04. 2017	HARRIX 1440	AHARR 03186	Dr. Strobband 10/10

## Serum-Injektionen:

Serum injections:

Injections de serum:

Datum	Art (Diphtherie, Tetanus etc.)	Herzkunt* (Pferd, Rind, Hammel)	Dosis (g**) / ml	Unterschrift und Stempel des Arztes
			E	
			ml	

Name: S. Queney Stefan geb. 04.06.65

wurde aktiv gegen Wundstankkrampf mit Tetanus-Adsorbat-Impfstoff geschützt

	Präparat	Dosis	Datum	Dr. med. Unterschrift
Ausgang Impfung	1. Tetanol	0,5 ml	17.12.04	Dr. Strobband
	2. Tetanol	0,5 ml	17.3.94	Dr. Strobband
	3. Tetanol	0,5 ml	17.3.84	Dr. Strobband
Anfang Impfung	Td 2-odstoff	0,5 ml	10.12.04	Dr. Strobband
		0,5 ml		Dr. Strobband

In der Personalausweis einzulegen und bei Verletzungen dem behandelnden Arzt vorzulegen.

Verlag H. Hoffmann · Bergongruenstr. 26B · 1000 Berlin 38 · Tel. 8018004  
Bestell-Nr. 7145

## \*) Origin:

Provenance:

Pferd = horse = cheval

Rind = bovine = boeuf

Hammel = wether = mouton

\*\*) E = Einheit / unit / unité



Stefan Schneider

6/16/85

Röhle	Apr. '69
Rieppeter (Mumps)	Mai '70
Musem	Mai '70
Windpocken	Mai '71
bedeutige Mittelschwindel	Nov '71
Wagelkette	<del>197</del>
" OP	Apr '76
"	Orf '76
"	Orf '77
"	"