

## ERSATZFORMULAR ZUR DOKUMENTATION DER DURCHGEFÜHRTEN IMPFUNGEN

*Reserve documentation on vaccination*

(zur Aushändigung an die geimpfte Person)

**Nachname, Vorname**

*Last name, first name*

**Geburtsdatum**

*Date of birth*

## FOLGENDE IMPFUNGEN WURDEN DURCHGEFÜHRT:

*The following vaccinations have been administered:*

Datum <i>Date</i>	Handelsname und Chargen- nummer des Impfstoffs (Aufkleber) <i>Trade name and batch no. of vaccine (label/vignette)</i>	COVID-19			Name und Anschrift des zu- ständigen Impf- zentrums <i>Name and address of responsible vaccination centre</i>	Unter- schrift <i>Signature</i>
		mRNA- Impf- stoff <i>mRNA vaccine</i>	Vektor- Impf- stoff <i>Viral vector vaccine</i>	Anderer Impf- stoff <i>Other type of vaccine</i>		

**Nächster Impftermin (Datum):**

*Next vaccination appointment (date)*

## **VERHALTEN BEI EINER UNGEWÖHNLICHEN IMPFREAKTION:**

Gemäß § 22 IfSG weisen wir darauf hin, dass bei ungewöhnlichen Impfreaktionen die Hausärztin/der Hausarzt benachrichtigt werden sollte. Sie/er ist, falls der Verdacht einer gesundheitlichen Schädigung besteht, die über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgeht, verpflichtet, diesen dem zuständigen Gesundheitsamt namentlich zu melden (§ 6 Abs. 1 Nr. 3 IfSG). Im Falle eines Impfschadens kann Anspruch auf Entschädigung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes bestehen (§ 60 Abs. 1 IfSG). Der Antrag ist in der Regel beim zuständigen Versorgungsamt zu stellen (§ 64 Abs. 1 IfSG).

Weitere Auskünfte erteilt das zuständige Gesundheitsamt.