

## Selbstauskunft über erhaltene Impfungen/Impfstatus

### Angaben zur Person

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort: \_\_\_\_\_

Krankenversicherten-Nr.: \_\_\_\_\_ (finden Sie auf Ihrer eGK)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Impfpass

Ich habe meinen Impfpass verloren

Ich kann meinen Impfpass aus nachfolgenden Gründen nicht vorlegen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Angaben zu erhaltenen Impfungen:

Ich kann keine Angaben zu den Impfungen machen, die ich bisher erhalten habe.

Folgende Impfungen habe ich erhalten:

Tetanus; ungefähres Datum: \_\_\_\_\_

Diphtherie; ungefähres Datum: \_\_\_\_\_

Pertussis; ungefähres Datum: \_\_\_\_\_

Poliomyelitis; ungefähres Datum: \_\_\_\_\_

Weitere Impfungen: \_\_\_\_\_; ungefähres Datum: \_\_\_\_\_

Weitere Impfungen: \_\_\_\_\_; ungefähres Datum: \_\_\_\_\_

Weitere Impfungen: \_\_\_\_\_; ungefähres Datum: \_\_\_\_\_

Ich wünsche die Ausstellung eines neuen Impfpasses  Ja  Nein

Meine Angaben sind freiwillig und richtig.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Versicherten