

① Sorgfältig aufbewahren!

# IMPFBUCH

(gemäß § 16 Bundes-Seuchengesetz) für

Bei Erhalt des Personalausweises diesem beifügen!

Name: Lauer

Vorname: Roland Michael

geb. am: 8.1.1978 in: Altheding

Wohnort: Hirten

Kreis: Altheding

Straße: \_\_\_\_\_

**Gemeinde Hirten**  
(Dienststempel der ausgebenden Behörde)

Bestell-Nr. Ges 200 — Impfbuch — Behörden- u. Industrie-Verlag GmbH., Frankfurt a. M. 1

## ② Blutgruppenzugehörigkeit

Diese Eintragung entbindet den behandelnden Arzt nicht von seiner Sorgfaltspflicht.

A	B	O	Rh-pos./Rh-neg.
			*)

\*) „Rh-pos.“ bzw. „Rh-neg.“ wörtlich eintragen!

Rh-Formel: \_\_\_\_\_



Stempel des Laboratoriums

Bem.: \_\_\_\_\_

Buchnummer des Lab.:

(Datum der Untersuchung)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift des Arztes)

## ③ Serum-Injektionen

Art (Diphtherie, Wundstarrkrampf usw.)	Herkunft (Pferd, Rind, Hammel)	Menge (E/ml)	Datum	An- und Unterschrift des Arztes
		E		
		ml		
		E		
		ml		
		E		
		ml		
		E		
		ml		
		E		
		ml		

## ④ Besondere Schutzimpfungen

(z. B. gegen Fleckfieber, Typhus abdom., Paratyphus, Pocken)

Datum	Art der Impfung	Menge (Erfolg mit/ohne*)	An- und Unterschrift des Arztes

⑤ Bescheinigung über die gesetzliche Pockenschutz-Erstimpfung

Impfbezirk Impflisten-Nr.	Datum der Impfung	Erfolg (mitnahme*)	An- und Unterschrift des Arztes
Hirten Nr. 9/71	6. MAI 1971		<i>[Handwritten signature]</i>

Der gesetzlichen Impfpflicht ist damit genügt.\*\*

*[Handwritten signature]*

(Unterschrift des Arztes)  
Eigenschaft: — Arzt — Impfarzt —

\* Wiederholung möglichst spätestens im folgenden Jahr.  
\*\* Bestätigung erst nach positiver oder dreimaliger negativer Impfung.

⑥ Bescheinigung über die gesetzliche Pockenschutz-Wiederimpfung

Impfbezirk Impflisten-Nr.	Datum der Impfung	Erfolg (mitnahme*)	An- und Unterschrift des Arztes

Der gesetzlichen Impfpflicht ist damit genügt.\*\*

(Unterschrift des Arztes)\*\*  
Eigenschaft: — Arzt — Impfarzt —

\* Wiederholung möglichst spätestens im folgenden Jahr.  
\*\* Eintragung/Bestätigung erst nach positiver oder dreimaliger negativer Impfung.

⑦ Schutzimpfungen gegen

Datum	Tbc	Diph- therie	Wund- starkr.	Keuch- husten	Polio (Salk)	Polio (oral)	An- und Unterschrift des Arztes
Nov. 1973		POLIO TRIVALENT ORAL					Staatl. Gesundheits- amt Altötting
JULI 1974		POLIO TRIVALENT ORAL					Staatl. Gesundheits- amt Altötting
MARZ 1974		POLIO TRIVALENT ORAL					Staatl. Gesundheits- amt Altötting
JAN. 1980		POLIO TRIVALENT ORAL					Staatl. Gesundheits- amt Altötting

Impfung in betr. Spalte ankreuzen oder Impfdosis eintragen; bei Polio oral Typ angeben!

⑧ Ärztliche Vermerke (z.B. Angaben über Diabetes, Unverträglichkeiten, Allergien, größere Operationen)

\_\_\_\_\_