

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
 Je soussigné(e) certifie que
 Hiermit wird bescheinigt, daß

Guido Weber

date of birth
 né(e) le
 Geburtsdatum

27.12.95

sex
 sexe
 Geschlecht

male

whose signature follows
 dont la signature suit
 dessen/deren Unterschrift folgt

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 titre du vaccinateur Unterschrift und berufliche Stellung des impfenden Arztes	Manufacturer and batch no. of vaccine Fabricant du vaccin et numéro du lot Hersteller und Chargen-Nr. des Impfstoffes	Official stamp of vaccinating centre Cachet officiel du centre de vaccination Dienststempel der Impfstelle
<i>06.08.2015</i>	<i>Dr. Guido Weber</i> Internist Reisemedizin, Beratung Gelbfieber-Impfstelle 59823 Arnsberg Osnabrück	STAMARIL® Ch.-B.: L5042-1 6217-B	

3			3	4
4				

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 10 years, beginning 10 days after the date of vaccination or, in the event of a revaccination within such period of 10 years, from the date of that revaccination.

This certificate must be signed by a medical practitioner in his own hand; his official stamp is not an acceptable substitute for the signature.

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 du territoire dans lequel ce centre est situé.

La validité de ce certificat couvre une période de 10 ans commençant 10 jours après la date de la vaccination ou, dans le cas d'une revaccination au cours de cette période de 10 ans, le jour de cette revaccination.

Ce certificat doit être signé par un médecin de sa propre main, son cachet officiel ne pouvant être considéré comme tenant lieu de signature.

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

Diese Bescheinigung ist nur gültig, wenn der verwendete Impfstoff von der Weltgesundheitsorganisation anerkannt und die Impfstelle von der Gesundheitsverwaltung des Hoheitsgebiets, in dem sich die Stelle befindet, zugelassen worden ist.

Diese Bescheinigung hat eine Gültigkeit von 10 Jahren, beginnend 10 Tage nach der Impfung oder – bei Wiederimpfung innerhalb dieser 10 Jahre – mit dem Tag der Wiederimpfung.

Diese Bescheinigung muß von einem Arzt eigenhändig unterschrieben sein; sein Stempel wird nicht als Ersatz für die Unterschrift anerkannt.

Jede Änderung, Radierung oder unvollständige Ausfüllung dieser Bescheinigung kann ihre Ungültigkeit zur Folge haben.

Beschneidung über Impfungen gegen:
Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes in die entsprechende Spalte
eintragen bzw. Vignette einkleben; **entsprechende Impfung ankreuzen.**

Date	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette)	Tetanus Tétanos	Diphtherie Diftertheria
13.09.06	DTPa 81019	X	X
19.06.06	DTPa 96 81049	X	X
16.07.07	DTPa 96 81409	X	X
9.9.06	Y572 Gn-B: 265011 Gen H-B-Vax [®] K ₁	X	X
22.6.07	Y572 Gn-B: 075051A 1 Dosis - 1 ml Oral-Virelon T1 Beringwerke AG	X	X

Certificate of vaccinations against: Please enter the name of vaccine and the batch no. into the corresponding column; tick in the vignette; mark with a cross the respective vaccination.
Certificat de vaccinaţiuni contra: Înscriveţi numele vaccinului şi numărul de lot în coloana corespunzătoare; bifaţi în vignete; marcaţi cu o cruce vaccinul respectiv.
Certificat de vaccinações contra: Inscreva o nome do vacino así como o número do lote na coluna correspondente; collez a vignete; marquez d'une croix la vaccination respective.

[illegible]

Bescheinigung über Impfungen gegen:

Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes in die entsprechende Spalte eintragen bzw. Vignette einkleben. **entsprechende Impfung ankreuzen.**

Datum	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette) Manufacturer and batch no. of vaccine Fabricant du vaccin et numéro du lot	Tetanus Tétanos	Diphtherie Diphthérie
-------	---	--------------------	--------------------------

REPEVAX®
Ch.-B.: 10246-2
6285-A

sigant: 1 Erwachsene 95521
2015
Mikroorganism Impfungssuspension
Mikroorganismes suspension
Mikroorganismes suspension
Dosis (l ml)
Ch.-B.: AHBXC366A
Verwendbar bis: 04 / 2016

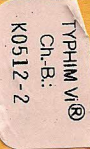
Certificate of vaccinations against: Please enter the name of vaccine and the batch no. into the corresponding column; stick in the vignette; mark with a cross the respective vaccination.
Certificat de vaccinations contre: Inscrivez le nom du vaccin ainsi que le numéro du lot dans la colonne correspondante; collez la vignette; marquez d'un croix la vaccination respective.

Pertussis Coqueluche	Haemophilus influenzae b (Hib)	Hepatitis B Hépatite B	Polio Polio	Masern Measles Rougeole	Mumps Oreillons	Röteln Rubella Rubéole	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature et cachet du médecin
-------------------------	--------------------------------------	---------------------------	----------------	-------------------------------	--------------------	------------------------------	---

Dr. med. Hartmut Neumann
Facharzt für Allgemeinmedizin
59469 Ense-Niederense, Poststr. 40
Tel.: 0 29 381 49 87 0, Fax: 49 869

Dr. med. Hartmut Neumann
Facharzt für Allgemeinmedizin
59469 Ense-Niederense, Poststr. 40
Tel.: 0 29 381 49 87 0, Fax: 49 869

Sonstige Schutzimpfungen, z. B. gegen Cholera, FSME, Hepatitis A, Meningokokken, Typhus, Varizellen
Other vaccinations / Autres vaccinations

Datum Date	Impfung gegen vaccination against vaccination contre	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette) Name of vaccine and batch no. (vignette) nom du vaccin et numéro du lot (vignette)	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin	Datum Date	Impfung gegen vaccination against vaccination contre	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette) Name of vaccine and batch no. (vignette) nom du vaccin et numéro du lot (vignette)	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin
27.8.2015	Typhus	 Ch-B: ATYAB028AJ Tel.: 029 381 49 870, Fax: 49 869	Dr. med. Hartmut Neumann Facharzt für Allgemeinmedizin 59469 Ense-Niederense, Poststr. 40 Tel.: 029 381 49 870, Fax: 49 869				
27.8.2015	Typhus	 Ch-B: K0512-2	Dr. med. Hartmut Neumann Facharzt für Allgemeinmedizin 59469 Ense-Niederense, Poststr. 40 Tel.: 029 381 49 870, Fax: 49 869				

**Internationale Bescheinigung über Impfung oder Verabreichung einer anderen Prophylaxe (ersetzt die bisherige Gelbfieberimpfbescheinigung)/
International certificate of vaccination or prophylaxis/
Certificat international de vaccination ou de l'administration d'une prophylaxie**

Hiermit wird bescheinigt, dass (Name) / This is to certify that (name) /
Nous certifions que (nom) Quina J. B. Odenbach
Geburtsdatum / date of birth / né(e) le 27.12.1995
Geschlecht / sex / de sex Female
Nationalität / nationality /
et de nationalité deutsche

Impfung oder Prophylaxe Vaccine or prophylaxis Vaccin ou agent prophylactique	Unterschrift und Berufsbezeichnung des impfenden Arztes Signature and professional status of supervising clinician Signature et titre du clinicien responsable	Hersteller und Chargen-Nr. des Impfstoffes oder der Prophylaxe Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot
1 06.08. 2015	Dr. Guido Weber Internist Reisenmedizin, Beratung Gelbfieber-Impfstelle 58823 Arnsberg Oemberg 15	STAMAPIL® Ch.-B.: L5042-1 6217-B
2		
3		
4		

4

Ausweisnummer, falls vorhanden / national identification document, if applicable
document d'identification national, le cas échéant
dessen (deren) Unterschrift folgt, whose signature
follows / dont la signature suit
am angegebenen Datum geimpft wurde bzw. eine Prophylaxe gegen (bitte Namen der Krankheit oder des Leidens in die erste Spalte „Impfung oder Prophylaxe“ eintragen) erhielt / has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against [please enter the name of disease or condition in the first column "Vaccine or prophylaxis"] / a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre (inscrivez le nom de la maladie ou de l'affection dans la première colonne "Vaccin ou agent prophylactique") / in Übereinstimmung mit den internationalen Gesundheitsbestimmungen. / in accordance with the International Health Regulations. / conformément au Règlement sanitaire international.

Bescheinigung gültig von/bis Certificate valid from/until Certificat valable à partir du/ jusqu'à	Stempel der verabreichenden Einrichtung Official stamp of administering centre Cachet officiel du centre habilité
1 2025	2
2	3
3	4
4	

1
Gelbfieber-Impfstelle
Vaccinating
Centre
2
Zulassungsnummer
310
NRW
Dr. med. Guido Weber 58823 Arnsberg
Germany
91
Oemberg

5

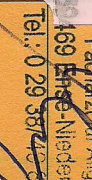
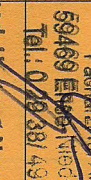
Impfungen im Jugendalter:
Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes in die entsprechende Spalte eintragen bzw. Vignette einkleben; **entsprechende Impfung ankreuzen.**

Datum	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette)	Tetanus	Diphtherie	Pertussis	Poliomyelitis	HPV
8.5.12	Engix® B 412030 Erwachsene, Ch.-B. AHEVB426AB					
4.6.12	Engix® B 432728 Erwachsene, Ch.-B. AHEVB973AE					
17.12.12	GARDASIL Lot EP H004603 06-2014					X
18.12.12	Engix® B Erwachsene Ch.-B. AHEVB988AB					
18.3.13	GARDASIL Lot EP H012984 01-2015					X

Vaccinations for adolescents. Please enter the name of vaccine and the batch no. into the corresponding column; stick in the vignette; mark with a cross the respective vaccination. Vaccinations pour adolescents; inscrivez le nom du vaccin ainsi que le numéro du lot dans la colonne correspondante; collez la vignette; marquez d'une croix la vaccination respective.

Hepatitis B	Masern, Mumps, Röteln (MMR)	Varizellen	Meningokokken	Pneumokokken	Influenza	Unterschrift und Stempel des Arztes
X						Dr. med. Renate Lechner Fachärztin für Innere Medizin hausärztliche Versorgung Rosenfeld 7, 59821 Arnsberg Tel.: 02931-1756 Fax: 02931-21589 02931-209767
X						Dr. med. Renate Lechner Internistin - Hausärztin 59821 Arnsberg
X						Dr. med. Renate Lechner Internistin - Hausärztin 59821 Arnsberg

Indikations- und Reise-implantationen z. B. gegen Cholera, FSME, Hepatitis A, Hepatitis B, HPV
japanische Enzephalitis, Meningokokken, Masern, Mumps, Röteln, Pertussis, Tollwut, Typhus, Varizellen
Anderes Impfungen

Datum	Impfung gegen Vaccination against Vaccination contre	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette)	Name of vaccine and batch no. (vignette)	Nom du vaccin et numéro du lot (vignette)	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician
19.8.2014	Hepatitis A	Havix® 1440 Ch.-B.: AHAVB/49AW			Dr. med. Hartmut Neumann Facharzt für Allgemeinmedizin 469 Eisen-Niederense, Poststr. 40 Tel.: 0 29 381 49 870, Fax: 49 869
23.7.15	Hep A	Varia® Ch.-B.: L003529 Impfstoff: 04-2016			Dr. med. Hartmut Neumann Facharzt für Allgemeinmedizin 469 Eisen-Niederense, Poststr. 40 Tel.: 0 29 381 49 870, Fax: 49 869
30.7.15	Tollwut	RABIPUR® Ch.-B.: 580011A			Dr. med. Hartmut Neumann Facharzt für Allgemeinmedizin 469 Eisen-Niederense, Poststr. 40 Tel.: 0 29 381 49 870, Fax: 49 869
17.8.2015	Tollwut	RABIPUR® Ch.-B.: 580011E			Dr. med. Hartmut Neumann Facharzt für Allgemeinmedizin 469 Eisen-Niederense, Poststr. 40 Tel.: 0 29 381 49 870, Fax: 49 869

Indikations- und Reise-impfungen z. B. gegen Cholera, FSME, Hepatitis A, Hepatitis B, HPV
Japanische Enzephalitis, Meningokokken, Masern, Mumps, Röteln, Tollwut, Typhus, Varizellen
Other vaccinations
Autres vaccinations

Datum Date	Impfung gegen Vaccination against Vaccination contre	Händlername und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette) Name of vaccine and batch no. (vignette) Nom du vaccin et numéro du lot (vignette)	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician signature et cachet du médecin
1940			
869			
1940			
869			