

# Digitaler Impfpass



## Angaben zum Patienten

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

## Angaben zur Impfung

Datum 1. Impfung / Impfstoff

\_\_\_\_\_

Datum 2. Impfung / Impfstoff

\_\_\_\_\_

Daten auf Korrektheit geprüft:

\_\_\_\_\_

.....

Hiermit bestätige ich die Korrektheit der Daten. Über die Konsequenzen falscher Angaben bezüglich der Impfungen gegen Sars-Cov2 wurde ich informiert.

Name, Vorname:

Mainz, den

Unterschrift