

# Impfnachweis COVID-19

## Proof of COVID-19 vaccination

### Persönliche Daten / Personal data

Name  
Family name

Vorname  
First name

Geburtsdatum  
Date of birth

Pass/ID-Nummer  
Passport/IC number

Nr. Versichertenkarte  
Health insurance card no.

### Angaben zum Impfstoff / Vaccine details

Hersteller / Manufacturer  
Handelsname / Trade name

LOT-Nr  
LOT-no

### Wichtige Angaben / Important information

#### 1. Impfdosis / 1st dose of vaccine

Impfort  
Vaccination site

Datum  
Date

Verantw. Fachperson  
Responsible specialist

#### 2. Impfdosis / 2nd dose of vaccine

Frühestens  
Not before / at the earliest

Impfort  
Vaccination site

Datum  
Date

Verantw. Fachperson  
Responsible specialist

Datum Ausdruck (1. Impfdosis)  
Date printout (1st dose of vaccine)

***Bringen Sie diesen Impfnachweis zum 2. Impftermin mit. Wenn Sie Nebenwirkungen bemerken, wenden Sie sich an Ihren Arzt oder Apotheker bzw. Ihre Ärztin oder Apothekerin.  
Present this vaccination certificate at the 2nd vaccination appointment. If you notice any side effects, contact your doctor or pharmacist.***

**Dr. med. Bernhard Graf**  
FMH Allg. Innere Medizin  
Zürcherstrasse 18, 8107 Buchs  
fon 044 844 30 90  
doktor-graf.ch / fax 044 732 67 50