

WELTGESUNDHEITSORGANISATION  
WORLD HEALTH ORGANIZATION  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



INTERNATIONALE BESCHEINIGUNGEN  
ÜBER IMPFUNGEN  
UND IMPFBUCH

INTERNATIONAL CERTIFICATES  
OF VACCINATION

CERTIFICATS INTERNATIONAUX  
DE VACCINATION

gemäß § 22 Infektionsschutzgesetz

ausgestellt für / issued to / délivré à

Name, Vorname / Surname, given name / Nom, prénom

Meid, Ludwig

Geburtsdatum / Born on / Né(e) le in / à

06.03.1957 1957

Wohnort und Straße / Address / Domicile et adresse

D 50678 Köln (Germany)  
Severinsmühlengasse 3

Reisepass-Nr. oder  
Nr. des Pers.-Ausweises

Passport No. or  
Identity card No.

numero du passeport ou  
de la carte d'identité

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

This is to certify that (name) Ludwig Heid date of birth 06.03.1957  
 Nous certifions que (nom) Ludwig Heid né(e) le 06.03.1957  
 Hiermit wird bescheinigt, dass (Name) Ludwig Heid Geburtsdatum

sex · de sexe · Geschlecht male nationality · et de nationalité · Nationalität \_\_\_\_\_

national identification document, if applicable · document d'identification national, le cas échéant  
 Ausweisnummer, falls vorhanden \_\_\_\_\_

whose signature follows · dont la signature suit · dessen/deren Unterschrift folgt [Signature]

has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against [name of disease or condition] a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre (nom de la maladie ou de l'affection) am angegebenen Datum geimpft wurde bzw. eine Prophylaxe gegen (Name der Krankheit oder des Leidens) erhielt

in accordance with the International Health Regulations · conformément au Règlement sanitaire international.  
 in Übereinstimmung mit den internationalen Gesundheitsabstimmungen.

Vaccine or prophylaxis Vaccin ou agent prophylactique Impfung oder Prophylaxe	Date Datum	Signature and professional status of supervising clinician Signature et titre du clinicien responsable Unterschrift und Berufsbezeichnung des impfenden Arztes	Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot Hersteller und Chargen-Nummer des Impfstoffes oder der Prophylaxe	Certificate valid from: until: Certificat valable à partir du: jusqu'à: Bescheinigung gültig von: bis:	Official stamp of administering centre Cachet officiel du centre habilité Stempel der verabreichenden Einrichtung
---	---------------	--	--	---	---

1	<u>yellow fever</u>	<u>Reisepraxis Köllrich</u> <u>Richardstr. 10</u> <u>50670 Köln</u>	<b>STAMARIL®</b> Ch-B: J5226-7 6217-B	<u>21.10.2023</u> <u>10.10.2023</u>	<u>Medizinische Mikrobiologie und Hygiene</u> <u>Vaccinating Centre /</u> <u>Zulassung Nummer</u> <u>83</u>
2					

This certificate is valid only if the vaccine or prophylaxis used has been approved by the World Health Organisation. This certificate must be signed in the hand of the clinician, who shall be a medical practitioner or other authorized health worker, supervising the administration of the vaccine or prophylaxis. The certificate must also bear the official stamp of the administering centre; however, this shall not be an accepted substitute for the signature. Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid. The validity of this certificate shall extend until the date indicated for the particular vaccination or prophylaxis. The certificate shall be fully completed in English or in French. The certificate may also be completed in another language on the same document, in addition to either English or French.

Ce certificat n'est valable que si le vaccin ou l'agent prophylactique utilisé a été approuvé par l'Organisation mondiale de la Santé. Ce certificat doit être signé de la main du clinicien - médecin ou autre agent de santé agréé - qui supervise l'administration du vaccin ou de l'agent prophylactique; il doit aussi porter le cachet officiel du centre habilité qui ne peut, toutefois, être considéré comme tenant lieu de signature. Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des informations demandées peut entraîner sa nullité. Ce certificat est valable jusqu'à la date indiquée pour le vaccin ou l'agent prophylactique administré. Il doit être établi intégralement en anglais ou en français. Le même certificat peut aussi être établi dans une autre langue, en plus de l'anglais ou du français.

Diese Bescheinigung ist nur gültig, wenn der verwendete Impfstoff oder die Prophylaxemaßnahme von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) anerkannt ist. Diese Bescheinigung muss von demjenigen, der die Impfung oder andere Prophylaxemaßnahme überwacht, eigenhändig unterschrieben sein (das kann ein Arzt oder ein dazu autorisierter Mitarbeiter sein). Die Bescheinigung muss außerdem den offiziellen Stempel der verabreichenden Einrichtung enthalten, dieser wird aber nicht als Ersatz für die Unterschrift anerkannt. Jede Änderung, Radierung oder unvollständige Angaben in dieser Bescheinigung kann ihre Ungültigkeit zur Folge haben. Die Gültigkeit dieser Bescheinigung erstreckt sich bis zu dem bei der Impfung bzw. Prophylaxemaßnahme angegebenen Datum. Die Bescheinigung sollte vollständig in Englisch oder Französisch ausgefüllt sein. Zusätzlich zu Englisch oder Französisch kann das Formular auch in einer anderen Sprache ausgefüllt werden.

Certificate of other **vaccinations**

Certificat concernant d'autres **vaccinations**

Weitere **Schutzimpfungen**,

z. B. gegen **Typhus abdom.**, **FSME**, **Tollwut** u. a.

Date Datum	Kind of vaccination manière de vaccination Art der Impfung	Dose Dosis	Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin Unterschrift und Stempel des Arztes
06. Feb. 1996	Havrix VHA 161 A4	1ml	Uwe F. Berk -Arzt für: Stunde 12:30
11.03. 96	Havrix VHA 167 A4	1ml	51069 Köln (Deindrück) Tel. 02201 9041 44 27.07.1996
4.10. 96	Havrix 173 A4	1ml	Uwe F. Berk Arzt für: Stunde 12:30
			02201 9041 44 51069 Köln. (Deindrück)

**Standardimpfungen für Erwachsene:**

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

Datum Date	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette) Manufacturer and batch no. of vaccine Fabricant du vaccin et numéro du lot	Tetanus	Diphtherie	Poliomyelitis	Pertussis	Influenza	Pneumokokken	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin
19.07 10.	<b>Boostrix Polio</b> Ch.-B.: <b>AC39B026BB</b> Verw. bis: <b>05.2012</b>	X	X	X	X			2780462 Gemeinsh.-Praxis Ulrich Bork - Str. med. R. May Strundener Str. 123 51069 Köln Stempel Hausärztliche Gemeinschaftspraxis Ulrich Bork - Allgemeinmedizin Dr. med. Regina May - Innere Medizin Strundener Str. 123 51069 Köln Tel.: 0291-8601144, Fax: -6806208
02.11 2017	<b>Pneumovax 23</b> Ch.-B.: N012445 Verw. bis: 02.2019	58672- 001-03					X	Stempel BCNT - Notarztpraxis Köln bei Globetrotter Airline-Check Rheinstraße 48, 50667 Köln
20.01 2020	<b>REPEVAX®</b> Ch.-B.: P3J882V 6285-B							
29.9 24	<b>Prevenar 20®</b> Ch.-B. LE7696 verw. bis 07/2025 PAA217268						X	Stempel Fr. Dr. med. R. May Fr. Dr. med. S. Heck-Scherzberg Strundener Str. 123 51069 Köln Stempel Fr. Dr. med. S. Heck-Scherzberg Strundener Str. 123 51069 Köln
18.9.25	TD DT 443A	X	X					

Vaccinations for adults: 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 adultes: 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.**

Datum Date	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette) Manufacturer and batch no. of vaccine Fabricant du vaccin et numéro du lot	Tetanus	Diphtherie	Poliomyelitis	Pertussis	Influenza	Pneumokokken	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin

**Standardimpfungen für Erwachsene:**

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

Datum Date	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette) Manufacturer and batch no. of vaccine Fabricant du vaccin et numéro du lot	Tetanus	Diphtherie	Poliomyelitis	Pertussis	Influenza	Pneumokokken	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin
---------------	---	---------	------------	---------------	-----------	-----------	--------------	--

14.07.2022 Covid19  
 spikevax™  
 LOT 000130A  
 BERT - Reisepraxis Köln  
 bei Globetrotter Ausrüstung  
 Riehmodstr. 10, 50667 Köln

21.11.23  
 COMIRNATY®  
 30 mcg Emiron-XBB.1.5  
 Ch.-B.: HH1305  
 Fr. Dr. med. R. May  
 Fr. Dr. med. S. Heck-Scherzberg  
 Strundmeier Str. 123, 51669 Köln

2.10.21  
 COMIRNATY® LP.8.14  
 10 mcg injection  
 COVID-19 mRNA Vaccine  
 Ch.-B.: MT0705  
 Fr. Dr. med. R. May  
 Fr. Dr. med. S. Heck-Scherzberg  
 Strundmeier Str. 123, 51669 Köln

15.10.2025 Typhus  
 TYPHIM VI®  
 Ch.-B.: Y2AC82V  
 BERT - Reisepraxis Köln  
 bei Globetrotter Ausrüstung  
 Riehmodstr. 10,  
 50667 Köln

**Weitere Schutzimpfungen gegen Influenza (Virusegrippe)**

**Other vaccinations against influenza**

**Autres vaccinations contre la grippe**

Datum Date	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette) Manufacturer and batch no. of vaccine Fabricant du vaccin et numéro du lot	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin
---------------	---	--

02. Nov. 2016 Typhus  
 TYPHIM VI®  
 Ch.-B.: M03061V  
 Nimenrix®  
 LOT: A90CA207B  
 BERT - Reisepraxis Köln  
 bei Globetrotter Ausrüstung  
 Riehmodstr. 10, 50667 Köln

02. Nov. 2016  
 MenACWY  
 20.07.2020 Zoster  
 SHINGRIX  
 Ch.-B.: 4B54R  
 BERT - Reisepraxis Köln  
 bei Globetrotter Ausrüstung  
 Riehmodstr. 10, 50667 Köln

09.02.2020 Zoster  
 SHINGRIX  
 Ch.-B.: PY2H4  
 BERT - Reisepraxis Köln  
 bei Globetrotter Ausrüstung  
 Riehmodstr. 10, 50667 Köln

1.10.2021  
 COVID-19 Vaccine  
 AstraZeneca  
 Lot: ABV8877  
 Impfzentrum  
 Köln, kreisfreie Stadt  
 im Auftrag des Landes NRW

04.07.2021  
 COMIRNATY®  
 Ch.-B.: 1D017A  
 Impfzentrum  
 Köln, kreisfreie Stadt  
 im Auftrag des Landes NRW

13.10.2021  
 Ch.-B.: T2A395V  
 TYPHIM VI®  
 Sanofi Pasteur Europe  
 BERT - Reisepraxis Köln  
 bei Globetrotter Ausrüstung  
 Riehmodstr. 10, 50667 Köln

06.12.21  
 Cov19Vac-Moderna  
 Ch-Nr 092F21A  
 BERT - Reisepraxis Köln  
 bei Globetrotter Ausrüstung  
 Riehmodstr. 10, 50667 Köln

**Indikations- und Reiseimpfungen,**

z. B. gegen Cholera, FSME, Hepatitis A, Hepatitis B, Humane Papillomviren (HPV), Japanische Enzephalitis, Meningokokken, Masern, Mumps, Röteln, Tollwut, Typhus, Varzellen

**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
21.07 10.	Engerix - B Erwachsene Ch.-B.: XHBVB642A1 E22512/E1	Hepatitis B	
27. 10	TYPHIM Vi ® Ch.-B. E0120-3		
28.7. 10	Havrix® 1440 Ch.-B. AHAYB367AA	Hepatitis A	
28.7. 10	Ch.-B.: 471011A RABIPUR®	Tollwut	
31.8. 10	Ch.-B.: AHBVB889CC	Hepatitis B	
29. 10	Ch.-B.: 471011A RABIPUR®	Tollwut	
29.3. 11	Engerix-B 20µg Erwachsene Ch.-B. AHBVB872DD Verwendbar bis 01/2013 E5-71/21/ALV4	Hepatitis B	
	VIATIM® Ch.-B.: J5432-1	Hepatitis B Typhus Diphtherie	Richtig M. B.

**Indikations- und Reiseimpfungen,**

z. B. gegen Cholera, FSME, Hepatitis A, Hepatitis B, Humane Papillomviren (HPV), Japanische Enzephalitis, Meningokokken, Masern, Mumps, Röteln, Tollwut, Typhus, Varzellen

**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
21.07 10	Ch.-B.: 471011A RABIPUR®	Tollwut	
	2780492 Ch.-B.: 2780492 RABIPUR®	Hausärztliche Gemeinschaftspraxis Uwe B. Berk - Fr. Dr. med. Regina May Strundener Str. 123, 51059 Köln Tel. 0221-6804144 Fax: 6806208	
	2780492 Ch.-B.: 2780492 RABIPUR®	Gemeinschaftspraxis Uwe B. Berk - Fr. Dr. med. Regina May Strundener Str. 123, 51059 Köln	
	2780492 Ch.-B.: 2780492 RABIPUR®	Gemeinschaftspraxis Uwe B. Berk - Fr. Dr. med. Regina May Strundener Str. 123, 51059 Köln	
	2780492 Ch.-B.: 2780492 RABIPUR®	Hausärztliche Gemeinschaftspraxis Uwe B. Berk - Allgemeinmedizin Dr. med. Regina May - Innere Medizin Strundener Str. 123, 51059 Köln Tel. 0221-6804144 Fax: 6806208	
	2780492 Ch.-B.: 2780492 RABIPUR®	Gemeinschaftspraxis Uwe B. Berk - Fr. Dr. med. Regina May Strundener Str. 123, 51059 Köln	
11.10	Ch.-B.: 2780492 RABIPUR®	Tollwut	
	Ch.-B.: 2780492 RABIPUR®	Vaccin Richtig M. B.	

Indikations- und Reiseimpfungen,  
z. B. gegen Cholera, FSME, Hepatitis A, Hepatitis B, Humane Papillomviren (HPV), Japanische  
Enzephalitis, Meningokokken, Masern, Mumps, Röteln, Tollwut, 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
19. Okt. 2013	Cholera	Dukoral KV2398A1	
12.15	Cholera Dukoral	DV4410A3	
18.12.15	Tollwut Soorik	Tollwut-Impfstoff (HDC) inaktiviert Ch.-B. L1540-6	
19.12.2015	Jap. Enc. I	IXIARO® Lot: JEV14D678 Exp: NOV2016	
15.4.16	Jp. Enzephal II	IXIARO® Lot: JEV14D678 Exp: NOV2016	
27.7.16	Jap. Enc. boost	IXIARO® Lot: JEV15K02B Exp: JAN2018	

Allgemeine Hinweise für den Impfling oder  
Gemäß § 22 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz  
wöhnlichen Impfreaktionen der impfende Arzt  
der Verdacht einer gesundheitlichen Schädigung besteht, die über das übliche Ausmaß  
einer Impfreaktion hinausgeht, verpflichtet, diesen dem zuständigen Gesundheitsamt  
namentlich zu melden (§ 6 Abs. 1 Nr. 3 IfSG). Im Falle eines Impfschadens besteht  
Anspruch auf Entschädigung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des  
Bundesversorgungsgesetzes (§ 60 Abs. 1 IfSG). Der Antrag ist in der Regel beim  
zuständigen Versorgungsamt zu stellen (§ 64 Abs. 1 IfSG). Weitere Auskünfte erteilt das  
zuständige Gesundheitsamt.

Ergebnis von Tuberkulinproben

Tuberculin-test results / Résultats des épreuves de tuberculine

Datum Date	Probe* und ggf. Konzentration Test and concentration Épreuve et le cas échéant concentration	Reaktion** Reaction** Réaction**	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin
Januar 2015	Cholera + ETEC	Dukoral KV2398A1 35	

\* S = Stempeltest (seit 2004 nicht mehr verfügbar), I = Intrakutantest \*\* Befund in Worten  
eintragen (positiv bzw. negativ) / Enter test result literally / Inscrivez le résultat mot à mot

Röteln-Antikörper-Bestimmungen

Rubella antibody assays / Dosage d'anticorps anti-rubéoliques

Datum Date	Methode(n) Method(s)	Titel Titers Titres	Schutz vorhanden Protection exists Protection existe	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin
			ja/yes/oui nein/no/non	