



**Impfunfähigkeitsbescheinigung**

**Certificate for disability of vaccination**

**A testado de incapacidade de vacinação**

**Certificado de la incapacidad de vacunación**

**Name/Name**

---

**geboren am/born**

---

**wohnhaft/resident**

---

**Nationalität/nationality**

---

Der o.g. Patient darf aus medizinischen Gründen keine Impfung gegen Gelbfieber erhalten.

Because of medical reasons the above mentioned patient may not receive any vaccination against yellow-fever.

El paciente nao devera receber vacina contra febre amarela por razoes medicas.

El paciente arriba mencionado no puede recibir una vacunación contra fiebre amarilla por razones médicas.

Datum

Stempel/Unterschrift