

**Internationaler
Gesundheitspass**

**Інтернаціональний
паспорт здоров'я**

**Итернациональный
паспорт здоровья**



MED4HOPE

www.med4hope.org



Foto
Фото

Ausgestellt am:

Виданий коли // Дата выдачи

Von (Blockbuchstaben):

Виданий ким // Кто выдал

Stempel & Unterschrift:

Печатка і підпис // Печать и подпись

Ausgestellt für Виданий для // Выдан кому	
Familienname: Прізвище // Фамилия	_____
Vorname: Ім'я // Имя	_____
Geburtsdatum: Дата народження // Дата рождения	_____
Adresse / Notquartier: Адреса проживання / Тимчасове житло // Адрес проживання / Адрес временого проживання	_____ _____
Ausweisnummer: Номер паспорта/картки перебування // Номер паспорта	_____
Notfallkontakt: Номер телефону в критичних випадках // Контакт при неотложной ситуации	_____ _____

Krankengeschichte

Історія хвороби // История болезни

Chronische Erkrankungen:

Хронічні захворювання // Хронические заболевания

Operationen / Unfälle:

Операції / Аварії // Операции / Нещастные случаи

Allergien:

Алергії // Аллергии

Krankengeschichte

Історія хвороби // История болезни

Chronische Erkrankungen:

Хронічні захворювання // Хронические заболевания

Operationen / Unfälle:

Операції / Аварії // Операции / Нещастные случаи

Allergien:

Алергії // Аллергии

Impfungen gegen Covid-19

Вакцина від Covid-19 // Вакцины против Ковит -19

Arztstempel / Unterschrift: Печатка лікаря / Підпис Печать врача / Подпись	Impfstoffnummer: Номер вакцини // Номер вакцины
	Datum: Дата
Arztstempel / Unterschrift: Печатка лікаря / Підпис Печать врача / Подпись	Impfstoffnummer: Номер вакцини // Номер вакцины
	Datum: Дата
Arztstempel / Unterschrift: Печатка лікаря / Підпис Печать врача / Подпись	Impfstoffnummer: Номер вакцини // Номер вакцины
	Datum: Дата
Arztstempel / Unterschrift: Печатка лікаря / Підпис Печать врача / Подпись	Impfstoffnummer: Номер вакцини // Номер вакцины
	Datum: Дата

Sonstige Impfungen

Інші вакцини // Другие вакцины

	Impfstoffnummer: Номер вакцини // Номер вакцины
	Datum: Дата
Arztstempel / Unterschrift: Печатка лікаря / Підпис Печать врача / Подпись	Impfstoffnummer: Номер вакцини // Номер вакцины
	Datum: Дата
	Impfstoffnummer: Номер вакцини // Номер вакцины
	Datum: Дата
Arztstempel / Unterschrift: Печатка лікаря / Підпис Печать врача / Подпись	Impfstoffnummer: Номер вакцини // Номер вакцины
	Datum: Дата



MED4HOPE

www.med4hope.org

Dieser Pass berechtigt nicht zur Inanspruchnahme
einer Leistung des öffentlichen Gesundheitssystems.