

[illegible]

Folgende Impfungen wurden durchgeführt: *The following vaccinations were given:*

Datum Date	Impfung gegen Vaccination against	Handelsname & Chargennummer Manufacturer and batch no. of vaccine	Impfzentrum Vaccination center	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician
15.04. 21	Covid-19	COMIRNATY® Ch.-B.: ET3045	Impfzentrum Arena Berlin Eichenstraße 12435 Berlin	Dr. K. Spickermann Allerg. u. Geschlechtskrankh. Impfzentrum, Eichenstr. 4 12435 Berlin
6.5. 21	COVID-19	COMIRNATY® Ch.-B.: EY2172	Impfzentrum Arena Berlin Eichenstraße 4 12435 Berlin	Dr. K. Spickermann Allerg. u. Geschlechtskrankh. Impfzentrum, Eichenstr. 4 12435 Berlin

Nächster Impftermin (Datum / Impfungen): 1.
Next appointment (date / vaccinations)

2. 6.05.21, 15 Uhr