

[RT I, 8.12.2011, 6 – jõust. 1.01.2012]

EESTI			
ESTONIA			
IMMUNISEERIMISPASS			
Passport of immunization			
Nimi	.....		
Name			
Sünniaeg	.....		
Date of birth			
Isikukood	.....		
Personal code			
Passi või ID number	.....		
Passport or ID number			
Vastunäidustused	.....		
Contraindications			
Immuniseerimine B-hepatiidi vastu			
Immunization against hepatitis B			
Kuupäev	Vaktsiini nimetus, tootja, partii number, doos	Immuniseerija nimi ja allkiri	Järgmise immuniseerimise kuupäev
Immuniseerimine tuberkuloosi vastu			
Immunization against tuberculosis			
Kuupäev	Vaktsiini nimetus, tootja, partii number, doos	Immuniseerija nimi ja allkiri	Järgmise immuniseerimise kuupäev
Tuberkuloosi test			
Tuberculosis test			
Kuupäev	Testi nimetus, tootja, partii number	Tervishoiutöötaja nimi ja allkiri	

Immuniseerimine difteeria, teetanuse, läkaköha, poliomüeliidi, <i>Haemophilus influenzae</i> b vastu			
Immunization against diphtheria, tetanus, pertussis, poliomyelitis, <i>Haemophilus influenzae</i> b			
Kuupäev	Vaktsiini nimetus, tootja, partii number, doos	Immuniseerija nimi ja allkiri	Järgmise immuniseerimise kuupäev
Immuniseerimine difteeria, teetanuse, läkaköha, poliomüeliidi vastu			
Immunization against diphtheria, tetanus, pertussis, poliomyelitis			
Kuupäev	Vaktsiini nimetus, tootja, partii number, doos	Immuniseerija nimi ja allkiri	Järgmise immuniseerimise kuupäev
Immuniseerimine difteeria, teetanuse või difteeria, teetanuse, läkaköha vastu			
Immunization against diphtheria, tetanus or diphtheria, tetanus, pertussis			
Kuupäev	Vaktsiini nimetus, tootja, partii number, doos	Immuniseerija nimi ja allkiri	Järgmise immuniseerimise kuupäev
Immuniseerimine poliomüeliidi vastu			
Immunization against poliomyelitis			
Kuupäev	Vaktsiini nimetus, tootja, partii number, doos	Immuniseerija nimi ja allkiri	Järgmise immuniseerimise kuupäev
Immuniseerimine <i>Haemophilus influenzae</i> b vastu			
Immunization against <i>Haemophilus influenzae</i> b			
Kuupäev	Vaktsiini nimetus, tootja, partii number, doos	Immuniseerija nimi ja allkiri	Järgmise immuniseerimise kuupäev

Immuniseerimine leetrite, mumps, punetiste vastu			
Immunization against measles, mumps, rubella			
Kuupäev	Vaktsiini nimetus, tootja, partii number, doos	Immuniseerija nimi ja allkiri	Järgmise immuniseerimise kuupäev
Muud immuniseerimised			
Other immunizations			
Kuupäev	Vaktsiini nimetus, tootja, partii number, doos	Immuniseerija nimi ja allkiri	Järgmise immuniseerimise kuupäev