

EESTI ESTONIA	
IMMUNISEERIMISPASS Passport of immunization	
Nimi Name	
Isikukood Personal code	
Vastunäidustused Contraindications	

Immuniseerimine B-hepatiidi vastu Immunization against hepatitis B			
Kuupäev Date	Vaktsiini nimetus ja partii number Name of vaccine and batch No	Tervishoiutöötaja nimi ja allkiri Name and signature of physician/nurse	Järgmise immuniseerimise kuupäev Date of next immunization

Immuniseerimine tuberkuloosi vastu Immunization against tuberculosis			
Kuupäev Date	Vaktsiini nimetus ja partii number Name of vaccine and batch No	Tervishoiutöötaja nimi ja allkiri Name and signature of physician/nurse	Järgmise immuniseerimise kuupäev Date of next immunization

Immuniseerimine rotaviirusnakkuse vastu Immunization against rotavirus infection			
Kuupäev Date	Vaktsiini nimetus ja partii number Name of vaccine and batch No	Tervishoiutöötaja nimi ja allkiri Name and signature of physician/nurse	Järgmise immuniseerimise kuupäev Date of next immunization

Immuniseerimine difteeria, teetanuse, läkaköha, poliümüeliidi, <i>Haemophilus influenzae</i> tüüp b vastu Immunization against diphtheria, tetanus, pertussis, poliomyelitis, <i>Haemophilus influenzae</i> Type b			
Kuupäev Date	Vaktsiini nimetus ja partii number Name of vaccine and batch No	Tervishoiutöötaja nimi ja allkiri Name and signature of physician/nurse	Järgmise immuniseerimise kuupäev Date of next immunization

Immuniseerimine difteeria, teetanuse, läkaköha, poliümüeliidi vastu
Immunization against diphtheria, tetanus, pertussis, poliomyelitis

<i>Kuupäev Date</i>	<i>Vaktsiini nimetus ja partii number Name of vaccine and batch No</i>	<i>Tervishoiutöötaja nimi ja allkiri Name and signature of physician/nurse</i>	<i>Järgmise immuniseerimise kuupäev Date of next immunization</i>

Immuniseerimine difteeria, teetanuse või difteeria, teetanuse, läkaköha vastu
Immunization against diphtheria, tetanus or diphtheria, tetanus, pertussis

<i>Kuupäev Date</i>	<i>Vaktsiini nimetus ja partii number Name of vaccine and batch No</i>	<i>Tervishoiutöötaja nimi ja allkiri Name and signature of physician/nurse</i>	<i>Järgmise immuniseerimise kuupäev Date of next immunization</i>

Immuniseerimine poliümüeliidi vastu
Immunization against poliomyelitis

<i>Kuupäev Date</i>	<i>Vaktsiini nimetus ja partii number Name of vaccine and batch No</i>	<i>Tervishoiutöötaja nimi ja allkiri Name and signature of physician/nurse</i>	<i>Järgmise immuniseerimise kuupäev Date of next immunization</i>

Immuniseerimine *Haemophilus influenzae* tüüp b vastu
Immunization against Haemophilus influenzae Type b

<i>Kuupäev Date</i>	<i>Vaktsiini nimetus ja partii number Name of vaccine and batch No</i>	<i>Tervishoiutöötaja nimi ja allkiri Name and signature of physician/nurse</i>	<i>Järgmise immuniseerimise kuupäev Date of next immunization</i>

Immuniseerimine leetrite, mumps, punetiste vastu
Immunization against measles, mumps, rubella

<i>Kuupäev Date</i>	<i>Vaktsiini nimetus ja partii number Name of vaccine and batch No</i>	<i>Tervishoiutöötaja nimi ja allkiri Name and signature of physician/nurse</i>	<i>Järgmise immuniseerimise kuupäev Date of next immunization</i>

Muud immuniseerimised
Other immunizations

<i>Kuupäev Date</i>	<i>Haigus, mille vastu immuniseeritakse Disease against which are immunized</i>	<i>Vaktsiini nimetus ja partii number Name of vaccine and batch No</i>	<i>Tervishoiutöötaja nimi ja allkiri Name and signature of physician/nurse</i>	<i>Järgmise immuniseerimise kuupäev Date of next</i>

				<i>immunization</i>