Tervise- ja tööministri 23.12.2022.a määrus nr 94
„Immuniseerimise korraldamise nõuded“
Lisa 2

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, poliomüeliidi, *Haemophilus influenzae* tüüp b vastu *Immunization against diphtheria, tetanus, pertussis, poliomyelitis, Haemophilus influenzae 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, poliomüeliidi vastu *Immunization against diphtheria, tetanus, pertussis, poliomyelitis*			
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 või difteeria, teetanuse, läkaköha vastu *Immunization against diphtheria, tetanus or diphtheria, tetanus, pertussis*			
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 poliomüeliidi vastu *Immunization against poliomyelitis*			
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 *Haemophilus influenzae* tüüp b vastu *Immunization against Haemophilus influenzae 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 leetrite, mumpsi, punetiste vastu *Immunization against measles, mumps, rubella*			
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*

Muud immuniseerimised *Other immunizations*				
Kuupäev *Date*	Haigus, mille vastu immuniseeritakse *Disease against which are immunized*	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