

## Antrag auf Neuausstellung eines COVID19-Impfnachweises (Impfzentrum Bremen)

Hiermit beantrage ich die erneute Ausstellung eines Impfnachweises.

### Antragsteller/in

Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Telefonnummer
Anschrift			
Datum der 1. Impfung	Datum der 2. Impfung (falls vorhanden)	Impfstoff	

Ort der Impfung(en):  Halle 5  Halle 7  Bremen-Nord

mobil geimpft, z.B. Krankenhaus, Pflegeheim  
(Ort eintragen)

(Platz für Bemerkungen)

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name Antragsteller/in (dieses Dokument ist ohne Unterschrift gültig)

*Das Impfzentrum prüft Ihren Antrag und gleicht Ihre Angaben mit dem Patientendokumentationssystem ab. Nur, wenn Sie in Halle 5, Halle 7, in Bremen-Nord oder von einem mobilen Team des Impfzentrums Bremen geimpft wurden, kann eine Bescheinigung ausgestellt werden.*

Bitte senden Sie diesen Antrag an [ersatzbescheinigung@impfzentrum.bremen.de](mailto:ersatzbescheinigung@impfzentrum.bremen.de)

**Sie erhalten Ihren Impfnachweis auf dem Postweg innerhalb von max. 1 Woche.**