

ANLAGE 2

Ärztliche Bescheinigung/Impfbescheinigung zur Aufnahme in Tageseinrichtungen für Kinder

Name des Kindes:.....

geb. am:.....

Datum der Aufnahme in die Kindertagesstätte:.....

Es sind alle dem Alter entsprechend öffentlich empfohlenen Impfungen
zum o.g. Tag der Aufnahme erfolgt: Ja () Nein ()

Es liegen medizinische Gründe vor, weshalb derzeit eine vollständige
Impfung nicht möglich ist: Ja () Nein ()

Impfungen gegen folgende Krankheiten fehlen oder wurden unvollständig
durchgeführt:

() Diphtherie () Kinderlähmung () Masern

() Tetanus () Hepatitis B () Mumps

() Keuchhusten () Pneumokokken () Röteln

() Hämophilus influenzae () Meningokokken C () Windpocken

Vertragsarztstempel / Unterschrift

**Die Ärztin/der Arzt hat informiert, dass die öffentlich empfohlenen
Impfungen gegen die oben genannten Krankheiten bei meinem/
unserem Kind fehlen oder unvollständig sind.**

**Ich möchte/wir möchten nicht, dass diese Impfungen nachgeholt
werden.**

**Die Ärztin/der Arzt hat über die Möglichkeit aufgeklärt, dass
Kinder nach § 34 Infektionsschutzgesetz aus der Kindertagesstätte
ausgeschlossen werden können.**

Weitere Angaben

Seh-/Hörschäden: () ja () nein

Organische Schäden-/Haltungsschäden: () ja () nein

Allergien oder Unverträglichkeiten: () ja () nein

Wenn ja, welche:

Folgendes bedarf besonderer Beachtung:

Datum:

Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten:

.....

Unterschrift der/des aufklärenden Ärztin/Arztes:

Stempel