Kind

Impfbescheinigung

zur Vorlage
Kindergemeinschaftseinrichtung

Datum der Aufnahme in die Gemeinschaftseinrichtung: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

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** o. wurden **unvollständig** durchgeführt:

- ☐ Diphterie
- ☐ Tetanus
- ☐ Keuchhusten
- ☐ Hämophilus influenzae
- ☐ Kinderlähmung
- ☐ Hepatitis B
- ☐ Pneumokokken
- ☐ Meningokokken C
- ☐ Masern
- ☐ Mumps
- ☐ Röteln
- ☐ Windpocken

Vertragsarztstempel/Unterschrift

Ich wurde von meiner Ärztin / meinem Arzt informiert, dass die öffentlich empfohlenen Impfungen gegen die umseitig erwähnten Krankheiten bei meinem Kind fehlen oder unvollständig sind.

Ich möchte nicht, dass diese Impfungen bei meinem Kind nachgeholt werden.

Meine Ärztin / mein Arzt hat mich über die Möglichkeit aufgeklärt, dass mein Kind nach § 34 Infektionsschutzgesetz aus der Kindergemeinschaftseinrichtung ausgeschlossen werden kann.

.....

Datum und Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten

.....

Datum und Unterschrift der / des aufklärenden Ärztin / Arztes