

# Anlage

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:

- |  |  |                                     |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie            | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung   | <input type="checkbox"/> Masern     |
| <input type="checkbox"/> Tetanus               | <input type="checkbox"/> Hepatitis B     | <input type="checkbox"/> Mumps      |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten           | <input type="checkbox"/> Pneumokokken    | <input type="checkbox"/> Röteln     |
| <input type="checkbox"/> Hämophilus influenzae | <input type="checkbox"/> Meningokokken C | <input type="checkbox"/> 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