

Impfbescheinigung
zur Vorlage in eine
Gemeinschaftseinrichtung

Kind: _____

geb. Datum: _____

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 Begründung: _____

Impfungen gegen folgende Krankheiten **fehlen** oder 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 influenza | <input type="checkbox"/> Meningokokken | <input type="checkbox"/> Windpocken |

Vertragsarztstempel / Unterschrift

 Ich wurde von meiner Ärztin / meinem Arzt informiert, dass die öffentlich empfohlenen Impfungen gegen die o.g. 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 der Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Datum und Unterschrift der/des aufklärenden Ärztin/Arztes