

IMPFBESCHEINIGUNG

.....
Name, Vorname des Kindes

.....
Geburtsdatum

.....
Adresse

.....
Datum der Aufnahme in die Kindertagesstätte

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

Zusätzlich sind weitere Impfungen erfolgt, wie z.B.:

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

Es liegen medizinische Gründe vor, weshalb derzeit eine vollständige Impfung nicht möglich ist:

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

.....
Vertragsarztstempel / Unterschrift

Ich wurde von meiner Ärztin/meinem Arzt im Hinblick auf einen vollständigen, altersgemäßen, ausreichenden Impfschutz beraten und darüber informiert, dass die öffentlich empfohlenen Impfungen gegen die oben erwähnten Krankheiten bei meinem 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.

.....
Ort, Datum / Unterschrift des / der Personensorgeberechtigten

.....
Ort, Datum / Unterschrift der / des aufklärenden Ärztin / Arztes

Anlage 3

MASERN-IMPFSCHUTZ

.....
Name, Vorname des Kindes

.....
Geburtsdatum

.....
Adresse

Für die o.g. Person wird bescheinigt, dass folgender, altersentsprechender, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG ausreichender Masernschutz vorliegt:

2 Masernimpfungen* 1 Masernimpfung** Immunität gegen Masern***

Befreiung von einer Masern-Impfung:

- Es liegt eine dauerhafte medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann.
- Es liegt eine vorübergehend medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer zur Zeit nicht gegen Masern geimpft werden kann; eine erneute Impffähigkeit ist ab folgendem Datum zu prüfen:

--	--	--	--	--	--

.....
Ort, Datum / Vertragsarztstempel / Unterschrift Ärztin / Arztes

* ausreichend für Kinder nach vollendetem 2. Lebensjahr

** ausreichend für Kinder im 2. Lebensjahr

*** serologischer Labornachweis