

ANLAGE 1

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG /IMPFBESCHEINIGUNG

Name des Kindes:		Geboren am:	
Datum der Aufnahme in der 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
Impfungen gegen folgende Krankheiten fehlen oder wurden unvollständig durchgeführt:			
() Diphtherie () Tetanus () Keuchhusten () Hämophilus influenzae	() Kinderlähmung () Hepatitis B () Pneumokokken () Meningokokken C	() Masern () Mumps () Röteln () Windpocken () Rotavirus	

.....
Ort, Datum, Vertragsarztstempel und Unterschrift des Arztes:

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 **nicht**, dass diese Impfungen bei meinem Kind nachgeholt werden.
Meine Ärztin/mein Arzt hat mich über die Möglichkeit aufgeklärt, dass mein Kind deshalb nach §§ 28 (2) und 34 Infektionsschutzgesetz im Falle eines Krankheitsausbruchs vom Gesundheitsamt aus der Kindergemeinschaftseinrichtung ausgeschlossen werden kann.

.....
Datum /Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten (Vater und Mutter)

MASERN-IMPFSCHUTZ

Name, Vorname des Kindes

Anschrift:

.....

.....

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

2 Masernimpfungen *1 1 Masernimpfung* 2 Immunität gegen Masern *3

Befreiung von einer Masern-Impfung:

Es liegt eine dauerhafte medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann.

Es liegt eine vorübergehende 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 / Ärzte

1 ausreichend für Kinder nach vollendetem 2. Lebensjahr

2 ausreichend für Kinder im 2. Lebensjahr

3 serologischer Nachweis