

Ärztliche Bescheinigung

Zur Aufnahme in eine Kindertagesstätte, Tagespflegestelle u. ä. Institution

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift		

1. Die **ärztliche Beratung in Bezug auf den Impfschutz** des Kindes nach § 34 Abs. 10a Infektionsschutzgesetz ist erfolgt.
2. Zum Zeitpunkt der Untersuchung sind folgende von der STIKO empfohlenen Standardimpfungen dokumentiert:

Art der Impfung	Anzahl der Impfdosen	Art der Impfung	Anzahl der Impfdosen
Rotaviren		Masern	
Diphtherie		Mumps	
Tetanus		Röteln	
Pertussis (Keuchhusten)		Varizellen (Windpocken)	
HiB (Haemophilus influenzae)		Meningokokken C	
Polio (Kinderlähmung)			
Hepatitis B			
Pneumokokken			
Bemerkungen:			
<input type="checkbox"/> Eltern/Personensorgeberechtigte sind mit der Weitergabe der Impfdaten einverstanden: <input type="checkbox"/> Eltern/Personensorgeberechtigte wünschen keine Weitergabe der Impfdaten			
Unterschrift:			

3. Es besteht kein Anhalt für **Kopflausbefall, Krätze** oder eine **übertragbare Krankheit** gemäß § 34 des Infektionsschutzgesetzes.

4. Wesentliche **gesundheitliche Hinweise** für die tägliche Betreuung des Kindes:

.....

.....

5. Eine **besondere Förderung** des Kindes ist in folgenden Bereichen notwendig:

.....

.....

.....
 Datum Ärztin/Arzt im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst