

Ärztliche Bescheinigung zur Aufnahme in Kindertageseinrichtungen

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes

Aus ärztlicher Sicht bestehen keine gesundheitsrelevanten Einwände gegen die Aufnahme in die Kindertageseinrichtung.

Ja Nein

Folgende Erkrankungen, Allergien, Unverträglichkeiten oder Besonderheiten der körperlichen und geistigen Entwicklung sind zu beachten:

Ein altersentsprechender, den Anforderungen gem. § 20 Abs. 9 IfSG ausreichender Masernschutz liegt vor:

Ja, Impfung/en am _____ und _____
 Immunität gegen Masern
 Nein

Es liegen medizinische Gründe vor, weshalb die Masernimpfung nicht durchgeführt werden konnte:

Ja Nein

Weitere Schutzimpfungen sind dem Alter entsprechend nach den geltenden Impfpfehlungen der ständigen Impfkommission (STIKO) durchgeführt worden (vgl. § 2 HessKGesSchG):

Ja Nein

Impfungen gegen folgende Krankheiten fehlen oder wurden unvollständig durchgeführt:

<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Kinderlähmung	<input type="checkbox"/> Rotavirus
<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"/> Haemophilus influenzae (Hib)	<input type="checkbox"/> Meningokokken	<input type="checkbox"/> Windpocken

Es liegen medizinische Gründe vor, weshalb die Impfung/en nicht durchgeführt werden konnte/n:

Ja Nein

Die nach § 34 Abs. 10a IfSG vorgeschriebene Impfberatung wurde durchgeführt. Es wurde über die Möglichkeit aufgeklärt, dass das Kind nach § 34 IfSG aufgrund fehlender Impfungen aus der Kindergemeinschaftseinrichtung ausgeschlossen werden kann. Die Zustimmung zur Vornahme der fehlenden Impfungen wurde nicht erteilt.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel Ärztin/Arzt

Erklärung des/der Sorgeberechtigten bei fehlenden Impfungen

Durch die Ärztin/ den Arzt wurde/n ich/wir informiert, dass die öffentlich empfohlenen Impfungen gegen die oben erwähnten Krankheiten bei meinem/unserem Kind fehlen oder unvollständig sind.

Ich/Wir möchte/n nicht, dass diese Impfungen bei meinem/unserem Kind nachgeholt werden. Die Ärztin/ der Arzt hat mich/uns über die Möglichkeit aufgeklärt, dass mein Kind nach § 34 IfSG wegen fehlender Impfungen aus der Kindergemeinschaftseinrichtung ausgeschlossen werden kann.

Ort, Datum, Unterschrift (Mutter/Sorgeberechtigte)

Ort, Datum, Unterschrift (Vater/Sorgeberechtigter)