

Impfbescheinigung

zur Vorlage
bei einer Kindertagesstätte

Name, Vorname des Kindes		Geburtsdatum:								
Adresse:										
Postleitzahl	Wohnort	Straße	Hausnummer							
Datum der voraussichtlichen Aufnahme in die Kindertagesstätte:			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							
Es sind alle dem Alter entsprechenden öffentlich empfohlenen Impfungen zum o.g. Tag der Aufnahme erfolgt: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>										
Zusätzlich sind weitere Impfungen erfolgt, wie z.B.: _____										
Es liegen medizinische Gründe vor, weshalb derzeit eine vollständige Impfung nicht möglich ist: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>										
Impfungen gegen folgende Krankheiten fehlen o. wurden unvollständig durchgeführt:										
<input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Hepatitis B								
<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Pneumokokken								
<input type="checkbox"/> Kinderlähmung	<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Meningokokken C								
<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/> Rotavirus								
<input type="checkbox"/> Hämophilus influenzae										
Ort,	Datum	Unterschrift Ärztin / Arzt	Arztstempel							
Dokumentation über die Verweigerung von Impfungen										
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 der / des Personensorgeberechtigten									