

Ärztliche Bescheinigung für die Aufnahme in Kindertagesstätten nach § 11 Abs. 2 Kindertagesstättengesetz Land Brandenburg und § 34 Abs. 10a Infektionsschutzgesetz

Name, Vorname des Kindes: _____ geb. am: _____

Adresse: _____

Angaben zu durchgemachten Infektionskrankheiten*/ sonstigen chronischen Krankheiten*
(bei Bedarf Rückseite benutzen)

Alter des Kindes bei Aufnahme in die Kindertageseinrichtung: _____

Folgende Schutzimpfungen sind bisher durchgeführt worden (anhand der Impfdokumente auszufüllen)*:

Impfung gegen	Datum 1.	2.	3.	4.	vollständig	Handlungsbedarf
Tetanus						
Diphtherie						
Pertussis						
Poliomyelitis						
HiB						
Hepatitis B						
Pneumokokken						
Rotaviren						
Masern-Mumps-Röteln						
Varizellen						
Meningokokken C						
Meningokokken B						

- Das Kind wurde ärztlich untersucht.
- Die Impfungen wurden bisher altersentsprechend durchgeführt.*
- Eine ärztliche Beratung des/der Personensorgeberechtigten des Kindes in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen Impfschutz entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am RKI ist erfolgt.
- Der Impfstatus wurde überprüft und eine Schließung von Impflücken wurde angeboten.
- Ansteckende Krankheiten und Kopflausbefall sind am heutigen Tag nicht erkennbar.
- Ärztliche Bedenken gegen eine Aufnahme in eine Kindereinrichtung bestehen nicht.

(* Freiwillige Angaben)

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin