



## Impfbescheinigung

zur Vorlage in der städtischen Kindertagesstätte „Abenteuerland“

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Datum der Aufnahme in die städtische Kindertagesstätte „Abenteuerland“

\_\_\_\_\_

Es sind **alle** dem Alter entsprechend öffentlich empfohlenen Impfungen zum o.a. Tag der Aufnahme in die städtische Kindertagesstätte „Abenteuerland“ **erfolgt:**

\_\_\_\_ Ja

\_\_\_\_ Nein

Es liegen medizinische Gründe vor, weshalb derzeit eine vollständige Impfung **nicht möglich** ist:

\_\_\_\_ Ja

\_\_\_\_ Nein

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Impfungen gegen folgende Krankheiten fehlen oder wurden unvollständig durchgeführt:

\_\_\_\_ Diphtherie

\_\_\_\_ Masern

\_\_\_\_ Hepatitis B

\_\_\_\_ Tetanus

\_\_\_\_ Mumps

\_\_\_\_ Windpocken

\_\_\_\_ Keuchhusten

\_\_\_\_ Röteln

\_\_\_\_ Kinderlähmung

\_\_\_\_ Hämophilus Influenzae

\_\_\_\_ Pneumokokken

\_\_\_\_ Meningokokken C

Ich wurde von meiner Ärztin / meinem Arzt informiert, dass die öffentlich empfohlenen Impfungen gegen die o.a. 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 nach § 34 Infektionsschutzgesetz aus der städtischen Kindertagesstätte „Abenteuerland“ ausgeschlossen werden kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der / des Personensorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der / des aufklärenden Ärztin / Arztes