

## **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)\*:

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