

Ärztliche Bescheinigung für die Aufnahme in Kindertageseinrichtungen
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	Handlungs- bedarf
Tetanus						
Diphtherie						
Pertussis						
Poliomyelitis						
HiB						
Hepatitis B						
Pneumokokken						
Rotaviren						
Masern-Mumps-Röteln						
Varizellen						
Meningokokken C						
Meningokokken B						

- Die Impfungen wurden bisher altersentsprechend durchgeführt.
- Eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz des Kindes erfolgte.
- Eine Impflückenschließung wurde dringend empfohlen. Das Kind wurde zum Impfen wiederbestellt.
- Ansteckende Krankheiten und Kopflausbefall sind am heutigen Tag nicht erkennbar.
- Ärztliche Bedenken gegen eine Aufnahme in eine Kindereinrichtung bestehen nicht.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin