

Der Magistrat der Stadt Reinheim

- Verwaltung der städt. Kindergärten -

Kindergartenattest

Das Kind _____, geb. am _____,

soll am _____ in den Kindergarten aufgenommen werden.

Ärztliche Bedenken bestehen: ja / nein

Akute ansteckende Krankheiten liegen nicht vor.

Der Impfstatus wurde überprüft und das Schließen von Impflücken empfohlen. *

Der Impfstatus ist vollständig. *

Ort, Datum

Unterschrift

* Nicht zutreffendes streichen!

<div data-bbox="308 862 743 1055" style="border: 1px solid black; height: 86px; width: 273px;"></div>	Impfbescheinigung zur Vorlage bei der Kindergartenleitung	
<div data-bbox="308 1093 743 1151" style="border: 1px solid black; height: 26px; width: 273px;"></div>		
Datum der Aufnahme in den Kindergarten: _____		
Es sind alle dem Alter entsprechend öffentlich empfohlenen Impfungen zum o. g. Tag der Aufnahme erfolgt: Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>		
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"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Kinderlähmung	<input type="checkbox"/> Masern
<input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Keichhusten	<input type="checkbox"/> Pheumokokken	<input type="checkbox"/> Röteln
<input type="checkbox"/> Hämophilus Influenzae	<input type="checkbox"/> Meningokokken C	<input type="checkbox"/> Windpocken

Ich wurde von meiner Ärztin / meinem Arzt informiert, dass die öffentlich empfohlenen Impfungen gegen die umseitig 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 Kindergemeinschaftseinrichtung ausgeschlossen werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Ort, Datum

Unterschrift der/des aufkl. Ärztin/Arztes