

ärztliches Attest

Das Kind \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_,

soll am \_\_\_\_\_ in die städtische Kinderkrippe aufgenommen werden.

Ärztliche Bedenken bestehen: ja / nein

Akute ansteckende Krankheiten liegen nicht vor. Der Impfstatus ist vollständig\*.

Der Impfstatus wurde überprüft und das Schließen von Impfplücken empfohlen\*.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\*Nicht zutreffendes streichen!

	<p><b>Impfbescheinigung</b></p> <p>zur Vorlage bei der Einrichtungsleitung</p>
Datum der Aufnahme in die Kinderkrippe: _____.	
Es sind alle dem Alter entsprechend öffentlich empfohlenen Impfungen zum Tag der o. g. Aufnahme in die Kinderkrippe erfolgt: <span style="float: right;">Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/></span>	
Es liegen medizinische Gründe vor, weshalb derzeit eine vollständige Impfung nicht möglich ist: <span style="float: right;">Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/></span>	
Impfungen gegen folgende Krankheiten fehlen o. wurden unvollständig durchgeführt:	
<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Kinderlähmung
<input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> Hepatitis B
<input type="checkbox"/> Keichhusten	<input type="checkbox"/> Pheumokokken
<input type="checkbox"/> Hämophilus Influenzae	<input type="checkbox"/> Meningokokken C
<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Röteln	<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