**ANLAGE 2**

**Ärztliche Bescheinigung/Impfbescheinigung**

**zur Aufnahme in Tageseinrichtungen für Kinder**

Name des Kindes:………………………………………………………………………………

geb. am:………………………..

Datum der Aufnahme in die Kindertagesstätte:………………………………

Es sind alle dem Alter entsprechend öffentlich empfohlenen Impfungen

zum o.g. Tag der Aufnahme erfolgt: Ja ( ) Nein ( )

Es liegen medizinische Gründe vor, weshalb derzeit eine vollständige

Impfung nicht möglich ist: Ja ( ) Nein ( )

Impfungen gegen folgende Krankheiten fehlen oder wurden unvollständig

durchgeführt:

( ) Diphterie ( ) Kinderlähmung ( ) Masern

( ) Tetanus ( ) Hepatitis B ( ) Mumps

( ) Keuchhusten ( ) Pneumokokken ( ) Röteln

( ) Hämophilus influenzae ( ) Meningokokken C ( ) Windpocken

Vertragsarztstempel / Unterschrift

**Die Ärztin/der Arzt hat informiert, dass die öffentlich empfohlenen**

**Impfungen gegen die oben genannten Krankheiten bei meinem/**

**unserem Kind fehlen oder unvollständig sind.**

**Ich möchte/wir möchten nicht, dass diese Impfungen nachgeholt**

**werden.**

**Die Ärztin/der Arzt hat über die Möglichkeit aufgeklärt, dass**

**Kinder nach § 34 Infektionsschutzgesetz aus der Kindertagesstätte**

**ausgeschlossen werden können.**

**Weitere Angaben**

Seh-/Hörschäden: ( ) ja ( ) nein

Organische Schäden-/Haltungsschäden: ( ) ja ( ) nein

Allergien oder Unverträglichkeiten: ( ) ja ( ) nein

Wenn ja, welche:

Folgendes bedarf besonderer Beachtung:

Datum: ……………………………..

Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten: ………………………………………...

 ………………………………………….

Unterschrift der/des aufklärenden Ärztin/Arztes: ……………………………………………

Stempel