

Ärztliche Bescheinigung für die Aufnahme in Kindertageseinrichtungen (§ 1 Abs. 1 der Landesverordnung für Kindertageseinrichtungen) und zur Aktualisierung bei Wechsel einer Kindertageseinrichtung

Name, Vorname des Kindes:

Kreis (des Wohnsitzes):

Geburtsdatum: _{T T} . _{M M} . _{J J} Ausstellungsdatum: _{T T} . _{M M} . _{J J}

Relevante Krankheiten einschließlich vorangegangener Infektionskrankheiten (z.B. Asthma, Allergien, Diabetes mellitus, Anfallsleiden, Hepatitis B):

.....

.....

Folgende Schutzimpfungen sind nach dem aktuellen STIKO-Plan durchgeführt worden (bitte ankreuzen)

Impfungen gegen:	Vollständig geimpft <input checked="" type="checkbox"/>	Unvollständig/ nicht geimpft <input checked="" type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/> (ab 2J.: mind. 4-mal)	<input type="checkbox"/>
Tetanus	<input type="checkbox"/> (ab 2J.: mind. 4-mal)	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten	<input type="checkbox"/> (ab 2J.: mind. 4-mal)	<input type="checkbox"/>
Kinderlähmung	<input type="checkbox"/> (ab 2J.: mind. 4-mal)	<input type="checkbox"/>
Haemophilus influenzae b (Hib)	<input type="checkbox"/> (ab 2J.: mind. 4-mal)	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> (ab 2J.: mind. 4-mal)	<input type="checkbox"/>
Pneumokokken	<input type="checkbox"/> (ab 2J.: mind. 4-mal)	<input type="checkbox"/>
Meningitis C	<input type="checkbox"/> (ab 1J.: mind. 1-mal)	<input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/> (ab 1J: 1-mal) <input type="checkbox"/> (2-mal)	<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/> (ab 1J: 1-mal) <input type="checkbox"/> (2-mal)	<input type="checkbox"/>
Röteln	<input type="checkbox"/> (ab 1J: 1-mal) <input type="checkbox"/> (2-mal)	<input type="checkbox"/>
Windpocken	<input type="checkbox"/> (ab 1J: 1-mal) <input type="checkbox"/> (2-mal)	<input type="checkbox"/>
Andere:		

Datum:

Stempel/Unterschrift: