I m p f b e s c h e i n i g u n g

zur Vorlage
bei einer Kindergemeinschaftseinrichtung

Name, Vorname des Kindes **Geburtsdatum:**

Adresse:

Postleitzahl **Wohnort** **Straße** **Hausnummer**

Datum der voraussichtlichen Aufnahme in die Gemeinschaftseinrichtung: | | | | | | | | | |

Es sind alle dem Alter entsprechenden öffentlich empfohlenen Impfungen zum o.g. Tag der Aufnahme erfolgt: Ja ☐ Nein ☐

Zusätzlich sind weitere Impfungen erfolgt, wie z.B.: _____

Es liegen medizinische Gründe vor, weshalb derzeit eine vollständige Impfung nicht möglich ist:

Ja ☐ Nein ☐

Impfungen gegen folgende Krankheiten **fehlen** o. wurden **unvollständig** durchgeführt:

☐ Tetanus	☐ Masern	☐ Hepatitis B
☐ Diphterie	☐ Mumps	☐ Pneumokokken
☐ Kinderlähmung	☐ Röteln	☐ Meningokokken C
☐ Keuchhusten	☐ Windpocken	☐ Rotavirus
☐ Hämophilus influenzae		

Ort, Datum **Unterschrift Ärztin / Arzt** **Arztstempel**

Dokumentation über die Verweigerung von Impfungen

Ich wurde von meiner Ärztin/meinem Arzt im Hinblick auf einen vollständigen, altersgemäßen, ausreichenden Impfschutz beraten und darüber informiert, dass die öffentlich empfohlenen Impfungen gegen die oben 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 deshalb nach §§28 (2) und 34 Infektionsschutzgesetz im Falle eines Krankheitsausbruchs vom Gesundheitsamt aus der Kindergemeinschaftseinrichtung ausgeschlossen werden kann.

Datum **Unterschrift der / des Personensorgeberechtigten**