

VERBANDSGEMEINDE LIEBENWERDA

Der Verbandsgemeindebürgermeister

Ärztliche Bescheinigung für die Aufnahme/zum Impfstatus eines Kindes zur Betreuung in einer Kindertageseinrichtung nach § 11 a Kindertagesstättengesetz Brandenburg und § 34 Abs. 10a Infektionsschutzgesetz

Name, Vorname des Kindes: _____ geb. am: _____

Adresse: _____

Alter des Kindes bei Aufnahme in die Kindertageseinrichtung: _____

- Gegen die Aufnahme bestehen aus ärztlicher Sicht keine Bedenken.
(Es bestehen keine Hinweise auf ansteckende Krankheiten bzw. ein Kontakt zu ansteckenden Krankheiten/Parasiten wurde nicht angegeben.)
- Gegen die Aufnahme bestehen aus ärztlicher Sicht Bedenken.
- Das Kind hat alle nach der Ständigen Impfkommission am RKI öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen seinem Alter und Gesundheitszustand entsprechend erhalten.
- Das Kind verfügt aktuell über einen vollständigen Impfschutz oder eine Immunität gegen Masern (§ 20 Abs. 8 IfSG).
- Das Kind kann aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden.
- Die Eltern des Kindes haben eine Impfberatung in Anspruch genommen, lehnen jedoch die Impfung des Kindes gegen Masern ab.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin

Nachweis zum Impfstatus Masern

Die Erstimpfung gegen Masern erfolgte am ____/____/____

Die Zweitimpfung gegen Masern erfolgte am ____/____/____

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin