

Ärztliche Bescheinigung für die Aufnahme in Kindertagesstätten

nach § 11 Abs. 2 Kindertagesstättengesetz Brandenburg

Name, Vorname des Kindes:	geb. am:
Anschrift:	
soll ab: _____ in die Kindertagesstätte: _____ aufgenommen werden	

Stempel/ Unterschrift Kindertagesstätte

Vorgeschichte	
Infektionskrankheiten/ chronische Infektionen (z.B. Hepatitis B)	bestehende relevante Krankheiten

- ansteckende Krankheiten sind nicht erkennbar
 ärztliche Bedenken bestehen nicht.

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

Impfungen gegen:	Vollständige Grundimmunisierung	Anzahl der Impfungen	Handlungsbedarf	
			ja	nein
Diphtherie	<input type="checkbox"/> (mindestens 3-mal)*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tetanus	<input type="checkbox"/> (mindestens 3-mal)*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertussis	<input type="checkbox"/> (mindestens 4-mal)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliomyelitis	<input type="checkbox"/> (mindestens 3-mal)*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MMR	<input type="checkbox"/> (2-mal)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hib (Haemophilus influenzae b)	<input type="checkbox"/> (mindestens 3-mal)*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> (mindestens 3-mal)*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikationsimpfungen:				
Hepatitis A				
Pneumokokken				
andere/wenn, dann welche:				

- Impfungen müssen altersentsprechend fortgeführt werden
 eine Impflückenschließung wurde empfohlen
 weitergehende Hinweise s. Rückseite

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel Arzt