

Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung und die ärztliche Impfberatung

nach den Richtlinien des Sozialministeriums und des Kultusministeriums
über die ärztliche Untersuchung nach § 4 des Kindertagesbetreuungsgesetzes und die
ärztliche Impfberatung nach § 34 Absatz 10a des Infektionsschutzgesetzes

Das Kind
Name, Vorname
Geburtsdatum
Anschrift

wurde am
von mir auf Grund von § 4 des Kindertagesbetreuungsgesetzes (KiTaG) und der oben ge-
nannten Richtlinien über die ärztliche Untersuchung und Impfberatung ärztlich untersucht.

Gegen die Aufnahme des Kindes in einer Kindertageseinrichtung oder in Kinder-
tagespflege bestehen, soweit sich nach der Durchführung der gesetzlichen
Früherkennungsuntersuchung U ____ erkennen lässt,

- keine medizinischen Bedenken.
- medizinische Bedenken.
- Das Kind ist gesundheitlich beeinträchtigt. Die Voraussetzungen für die Aufnahme
des Kindes in einer Kindertageseinrichtung oder in Kindertagespflege werden mit den
Personensorgeberechtigten und Fachkräften der Kindertageseinrichtung oder der
Tagespflegeperson geklärt, sofern die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht
durch die Personensorgeberechtigten vorliegt.

Das Untersuchungsergebnis ist den Personensorgeberechtigten mitgeteilt worden.

- Die ärztliche Impfberatung nach § 34 Absatz 10a des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)
und der oben genannten Richtlinien über die ärztliche Untersuchung und Impfbera-
tung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen und nach den Empfehlungen
der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz des Kindes wurde von mir
durchgeführt.

Ort, Datum _____

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Stempel der Ärztin/des Arztes

Dokumentation
über die Vorlage von Nachweisen
nach § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Nachweispflicht erfüllt:

Nachweis wurde vorgelegt am _____ als

- Impfausweis („Impfpass“)
- Anlage zum Untersuchungsheft
- Ärztliches Zeugnis über ausreichenden Impfschutz
- Ärztliches Zeugnis, dass eine Immunität vorliegt
- Ärztliches Zeugnis, dass aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden kann.

Angabe zur Kontraindikation: Es liegt eine dauerhafte Kontraindikation vor.

Bitte beachten Sie: Sofern eine zeitlich befristete Kontraindikation vorliegt (z.B. aufgrund einer akuten Erkrankung), ist die Nachweispflicht nicht erfüllt.

- Bestätigung einer staatlichen Stelle oder der Leitung einer anderen Einrichtung im Sinne von § 20 Absatz 8 Satz 1 IfSG darüber, dass ein Nachweis bereits vorgelegen hat und zwar des/der _____

(Name und Adresse dieser Stelle/Einrichtung)

Nachweispflicht nicht erfüllt:

- Es wurde kein Nachweis bis zum _____ vorgelegt.
- Impfschutz gegen Masern ist erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich bzw. kann erst später vervollständigt werden (z.B. bei vorübergehender Kontraindikation aufgrund von Krankheit).
- Eine Benachrichtigung des zuständigen Gesundheitsamts erfolgte daher am _____

Dokument nicht interpretierbar:

- Vorgelegtes Dokument kann nicht interpretiert werden.
Die Weiterleitung einer Kopie an das zuständige Gesundheitsamt erfolgte daher am _____

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel