



Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Aufnahme in die Gemeinschaftseinrichtung

O.g. Patientin / Patient wurde am _____ beraten und untersucht.

- Es finden sich keine Einwände gegen die Aufnahme in die Gemeinschaftseinrichtung.
- Die gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen sind erfolgt.
- Die gesetzlich vorgeschriebene Beratung über einen ausreichenden Impfschutz ist erfolgt.
- Wir bitten um Rücksprache mit uns Kinder- und Jugendärzt(inn)en.

Es sind alle dem Alter entsprechend öffentlich empfohlenen Impfungen zum o. g. Tag der Aufnahme erfolgt:

- Ja Nein

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

- Ja Nein

Impfungen gegen folgende Krankheiten fehlen oder wurden nicht altersentsprechend durchgeführt:

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Rotaviren | <input type="checkbox"/> Masern |
| <input type="checkbox"/> Tetanus | | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Pneumokokken | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | | |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae | <input type="checkbox"/> Meningokokken C | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | | |

Ort

Datum

Unterschrift / Stempel

Erklärung der / des Erziehungsberechtigten

- Ich / wir wurde/n informiert, dass die öffentlich empfohlenen Impfungen gegen die oben erwähnten Krankheiten bei meinem Kind fehlen oder unvollständig sind.
- Ich / wir möchte/n nicht, dass diese Impfungen bei meinem / unserem Kind nachgeholt werden.
- Die Ärztin / der Arzt hat mich / uns über die Möglichkeit aufgeklärt, dass mein / unser Kind nach § 34 Infektionsschutzgesetz aus der Kindergemeinschaftseinrichtung ausgeschlossen werden kann.

Datum

Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten