

Ärztliche Bescheinigung für die Aufnahme in Kindertagesstätten

nach § 11 Abs. 2 Kindertagesstättengesetz Brandenburg

Name, Vorname des Kindes: _____ geb.: _____

Kreis des Wohnsitzes: Spree-Neiße

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:
(bitte 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, welche:				

* In Kombination mit Pertussis - Antigenen 4x

Die Impfungen müssen altersentsprechend fortgeführt werden.

Eine Impflückenschließung wurde empfohlen.

Ort, Datum

Unterschrift, Arztstempel