

# Ärztliche Bescheinigung für die Aufnahme in Kindertagesstätten

nach § 11 Abs. 2 Kindertagesstättengesetz Brandenburg

Name Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Kreis des Wohnsitzes: \_\_\_\_\_

<b>Vorgeschichte</b>	
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"/>
<b>Indikationsimpfungen:</b>				
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