



## 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 (10a) des Infektionsschutzgesetzes

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_

### Ärztliche Untersuchung nach §4 des Kindertagesbetreuungsgesetzes

Gegen die Aufnahme des Kindes im Kunst- und NaturKinderGarten Talhüpfer Glottertal bestehen – soweit sich nach Durchführung der gesetzlichen Früherkennungsuntersuchung erkennen lässt

- ☐ keine medizinischen Bedenken
- ☐ medizinische Bedenken
- ☐ das Kind ist gesundheitlich beeinträchtigt. Die Voraussetzungen für die Aufnahme des Kindes im Kunst- und NaturKinderGarten Talhüpfer Glottertal werden mit den Personensorgeberechtigten und pädagogischen Fachkräften, sowie der Leitung der Einrichtung geklärt, sofern die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht durch die Personenberechtigten vorliegt.

Das Untersuchungsergebnis ist den Personenberechtigten ausführlich mitgeteilt worden.

### Ärztliche Impfberatung nach §34 (10a) des Infektionsschutzgesetzes

- ☐ Die ärztliche Impfberatung nach §34 (10a) des Infektionsschutzgesetzes in Verbindung mit den oben genannten Richtlinien über die ärztliche Untersuchung und Impfberatung in Bezug auf einen vollständigen, altergemäßen und nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz des Kindes wurde durchgeführt.

### Ärztliche Bescheinigung zur Masernimmunität gemäß §20 (9) Infektionsschutzgesetz

- ☐ 2 Masernschutzimpfungen  
*Bei dem Kind besteht ein altersgemäß ausreichender Masern-Impfschutz  
Kinder, nach vollendetem zweiten Lebensjahr, müssen mindestens zwei Masernschutzimpfungen vorweisen.*
- ☐ 1 Masernschutzimpfung  
*ausreichend für Kinder im zweiten Lebensjahr*
- ☐ Bei dem Kind liegt eine Immunität gegen Masern vor (serologischer Nachweis)
- ☐ Bei dem Kind liegt eine dauerhafte, medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann.
- ☐ Es liegt eine vorübergehende medizinische Kontraindikation bis \_\_\_\_\_ vor, aufgrund derer aktuell nicht gegen Masern geimpft werden kann.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Ärztin / Arzt \_\_\_\_\_ Stempel der Praxis \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Daten. Änderungen müssen dem Träger schriftlich mitgeteilt werden.

Datum \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_