

Anschrift der Einrichtung/Stempel

BescheinigungPosteingang in
der Einrichtung
(Datum,
Handzeichen)**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

Name und Vorname des Kindes	Geburtsdatum
Anschrift	

Das Kind wurde am _____ von mir auf Grund des § 4 Kindertagesbetreuungsgesetzes und der o.g. Richtlinien über die ärztliche Untersuchung und Impfberatung ärztlich untersucht.

Gegen die Aufnahme des Kindes in einer Kindertageseinrichtung 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 werden mit den Personensorgeberechtigten und Fachkräften der Kindertageseinrichtung 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 in Verbindung mit den oben genannten Richtlinien über die ärztliche Untersuchung und Impfberatung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen und nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz des Kindes wurde von mir zuletzt am _____ beziehungsweise im Rahmen der **U**_____ durchgeführt.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Die Bescheinigung **muss** spätestens bei der Aufnahme in der Einrichtung dieser vorliegen!