



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.
 Insbesondere eine Beratung über die Impfpflicht gegen Masern ist erfolgt.

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

Ja Nein

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

Ja Nein

Impfungen gegen folgende Krankheiten **fehlen** (auch altersgerecht [<2 Lebensjahren]) oder wurden **nicht altersentsprechend durchgeführt**:

(Bitte Anzahl der erfolgten Impfungen ankreuzen, Vorgaben gem. geltenden STIKO-Empfehlungen; Abweichungen ggf. anmerken)

- | | | | | | |
|---|--|--|---|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> + | <input type="checkbox"/> Rotaviren | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> + | <input type="checkbox"/> Pneumokokken | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ² <input type="checkbox"/> + | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> + | <input type="checkbox"/> Meningokokken C | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> + | <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> Hämophilus infl. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> + | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> + | | | | |

¹ Je nach Impfstoff 2 Gaben ausreichend; ² bei Frühgeborenen <37 SSW 3+1 Impfungen erforderlich

Ärztliche Bescheinigung zum Nachweis einer Masernimpfung gemäß §20 Abs. 9 des Infektionsschutzgesetz

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Es liegt ein altersentsprechender und nach Anforderungen des Gesetzes ausreichender Masernschutz vor.
(2 Impfungen ab 2 Lebensjahren, 1 Impfung für Kinder im 2. Lebensjahr oder nachweisbare Immunität gegen Masern) | <input type="checkbox"/> Es liegt eine medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann. Diese ist
<input type="checkbox"/> dauerhaft
<input type="checkbox"/> vorübergehend (bis voraussichtl. _____) |
|---|--|

Zusätzliche Anmerkungen:

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 wurde/n darauf hingewiesen, dass nachgeholte Impfungen durch Vorlage des Impfpasses der Kindergemeinschaftseinrichtung unverzüglich angezeigt werden sollen, damit der aktuelle Impfstatus dort korrekt erfasst werden kann.
- 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, bzw. gemäß §20 Abs. 8-12 des Infektionsschutzgesetz nicht in die Gemeinschaftseinrichtung aufgenommen werden kann.

Datum

Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten