

**Ärztliche Bescheinigung für die Aufnahme in Kindertageseinrichtungen
(§1 Abs.1 der Landesverordnung für Kindertageseinrichtungen)
und zur Aktualisierung bei Wechsel einer Kindertageseinrichtung**

Name, Vorname des Kindes

Kreis (des Wohnsitzes)

Geburtsdatum

 .
M M J J

Ausstellungsdatum

 .
M M J J

Relevante Krankheiten einschließlich vorangegangener Infektionskrankheiten (z. B. Asthma, Allergien, Diabetes mellitus, Anfallsleiden, Hepatitis B):

**Folgende Impfungen sind gemäß der aktuellen STIKO-Empfehlung
altersgerecht durchgeführt worden (bitte ankreuzen):**

	vollständig	un- vollständig	nicht geimpft	Handlungs- bedarf ja / nein	Immunität nach Erkrankung vorhanden
6-fach Kombi (TDaPHibIPVHepB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-fach-Kombi (TDaPHibIPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningokokken B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningokokken C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumokokken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotaviren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MMR	1. Impfung ab 9. LM <input type="checkbox"/> 2. Impfung ab 13. LM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	Masern <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/>
Varizellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beratung nach §34 Abs.10a IfSG (s.u.) ist erfolgt Eine Impflückenschließung wurde dringend empfohlen Termin zur Impflückenschließung ist vereinbart / wurde abgelehnt

Ausstellungsgebühr nach Ziffer 70 GOÄ (kurze Bescheinigung bis 2,3fach € 5,36)

Formular-Bezug: über die Gesundheitsämter

Formular: Ärztekammer Schleswig-Holstein, Bismarckallee 8-12, 23795 Bad Segeberg, Tel.04551/803-0

Änderung des Infektionsschutzgesetzes vom 25.07.2015 durch das Gesetz für Gesundheitsförderung und Prävention
§ 34 Absatz 10a: „Bei der Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung haben die Personensorgeberechtigten gegenüber dieser einen schriftlichen Nachweis darüber zu erbringen, dass zeitnah vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz des Kindes erfolgt ist. Wird der Nachweis nicht erbracht, kann das Gesundheitsamt die Personensorgeberechtigten zu einer Beratung laden. Weitergehende landesrechtliche Regelungen bleiben unberührt.“
Stand: Juli 2016

