

## **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 Absatz 10a des Infektionsschutzgesetzes

Das Kind

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

wurde am \_\_\_\_\_ von mir auf Grund von § 4 des Kindertages-  
betreuungsgesetzes und der oben genannten Richtlinien über die ärztliche  
Untersuchung und Impfberatung ärztlich untersucht.

Gegen die Aufnahme des Kindes in einer Kindertageseinrichtung oder in Kinder-  
tagespflege 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 oder in Kindertagespflege werden mit den  
Personensorgeberechtigten und Fachkräften der Kindertageseinrichtung oder der  
Tagespflegeperson 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.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin/des Arztes

\_\_\_\_\_  
Stempel der Ärztin/des Arztes

