

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Untersuchung vor Aufnahme in die Kindertagesstätte

Das oben genannte Kind wurde am _____ von mir aufgrund des §4 des Gesetzes über die Betreuung und Förderung von Kindern in Kindergärten, anderen Tageseinrichtungen und der Kindertagespflege (Kindertagesbetreuungsgesetz – KiTaG) und der dazu ergangenen Richtlinien über die ärztliche Untersuchung ärztlich untersucht.

Gegen den Besuch der Kindertagesstätte bestehen aus ärztlicher Sicht, soweit sich dies erkennen lässt, keine Bedenken.

Impfberatung

Hiermit bestätige ich, dass die Eltern des oben genannten Kindes am _____ von mir im Rahmen eines ärztlichen Beratungsgesprächs gemäß §34 Abs.10a IfSG (Infektionsschutzgesetz) über den von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Impfschutz informiert und im Hinblick auf die empfohlenen Impfungen für das oben genannte Kind beraten wurden.

Ort, Datum

Unterschrift Kinderarzt, Praxisstempel