

Zur Vorlage bei:

*Stempel der Einrichtung*

## Ärztlicher Nachweis über die Impfberatung / den Impfschutz gemäß § 34 Abs. 10a IfSG und über den Masernschutz gemäß § 20 Abs. 9 IfSG

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

### Ärztliche Bescheinigung für die Aufnahme in Kindertageseinrichtungen (Kita-Tauglichkeit)

- Das o. g. Kind wurde ärztlich untersucht. Ärztliche Bedenken gegen die Aufnahme des Kindes in eine Kindertageseinrichtung bestehen nicht.

### Ärztlicher Nachweis über die Impfberatung / den Impfschutz gemäß § 34 Abs. 10a IfSG

- Die Personensorgeberechtigten des o. g. Kindes wurden am \_\_\_\_\_ von mir ausführlich über einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz, beraten.
- Ein altersgerechter Impfstatus für das o.g. Kind ist gegeben.

### Für die o.g. Person wird bescheinigt, dass folgender, altersentsprechender, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG genügender Masernschutz vorliegt:

- 2 Masernschutzimpfungen (für Personen nach vollendetem 2. Lebensjahr)
- 1 Masernschutzimpfung (ausreichend für Kinder im 2. Lebensjahr)
- Eine Immunität gegen Masern (serologischer Labornachweis) liegt vor.

### Befreiung von einer Masern-Impfung:

- Es liegt eine dauerhafte, medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt / Praxisstempel