Bescheinigung
über die ärztliche Untersuchung und ärztliche Impfberatung

Die Personensorgeberechtigen haben sicherzustellen, dass nach § 4 Kindertagesbetreuungsgesetz (KiTaG) das Kind vor der Aufnahme in eine Kindertageseinrichtung **ärztlich untersucht** wird. Diese ärztliche Untersuchung soll sich insbesondere auf den Stand der körperlichen und psychischen Entwicklung, die Sinnesorgane und Auffälligkeiten des Verhaltens erstrecken. Des Weiteren haben Sie Eltern gemäß § 34 Abs 10 a Infektionsschutzgesetz (IfSG) bei der Erstaufnahme der Einrichtung bzw. Träger gegenüber einem schriftlichen Nachweis zu erbringen, dass zeitnah (d. h. innerhalb von 12 Monaten) vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden **Impfschutz** des Kindes erfolgt ist.

Das Kind _____ (Name, Vorname),

geboren am _____, wohnhaft _____

wurde am _____ auf Grundlage von § 4 KiTaG von mir **ärztlich untersucht** und es erfolgte eine **Impfberatung** gemäß § 34 (10a) IfSG.

Gegen die Aufnahme des Kindes in einer Kindertageseinrichtung 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