

| Impfbescheinigung gemäß § 2 Kindergesundheitsschutzgesetz Hessen (KiGesSchG HE) zur Vorlage bei einer Kindergemeinschaftseinrichtung | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Name, Vorname des Kindes: | | Geburtsdatum: | | | | | | | | |
| Adresse: | | | | | | | | | | |
| Datum der voraussichtlichen Aufnahme in die Gemeinschaftseinrichtung: | | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Es sind alle dem Alter entsprechenden öffentlich empfohlenen Impfungen zum o.g. Tag der Aufnahme erfolgt: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| Zusätzlich sind weitere Impfungen erfolgt, wie z.B.: | | | | | | | | | | |
| Es liegen medizinische Gründe vor, weshalb derzeit eine vollständige Impfung nicht möglich ist: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| Impfungen gegen folgende Krankheiten fehlen o. wurden unvollständig durchgeführt: | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Hib | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Pneumokokken | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Meningokokken C | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Rotavirus | | | | | | | | | | |
| Ort, | Datum | Unterschrift Ärztin / Arzt | Arztstempel | | | | | | | |
| Dokumentation über die Verweigerung von Impfungen | | | | | | | | | | |
| Ich wurde von meiner Ärztin/meinem Arzt im Hinblick auf einen vollständigen, altersgemäßen, ausreichenden Impfschutz beraten und darüber informiert, dass die öffentlich empfohlenen Impfungen gegen die oben erwähnten Krankheiten bei meinem Kind fehlen oder unvollständig sind. | | | | | | | | | | |
| Ich möchte nicht , dass diese Impfungen bei meinem Kind nachgeholt werden. Meine Ärztin/mein Arzt hat mich über die Möglichkeit aufgeklärt, dass mein Kind deshalb nach §§28 (2) und 34 Infektionsschutzgesetz im Falle eines Krankheitsausbruchs vom Gesundheitsamt aus der Kindergemeinschaftseinrichtung ausgeschlossen werden kann. | | | | | | | | | | |
| Datum | | Unterschrift der / des Personensorgeberechtigten | | | | | | | | |

| Ärztliche Bescheinigung zum Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Name, Vorname des Kindes: | | Geburtsdatum: | | | | | | | | |
| Adresse: | | | | | | | | | | |
| Für die o.g. Person wird bescheinigt, dass folgender, altersentsprechender, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG ausreichender Masernschutz vorliegt: | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 2 Masernimpfungen* | <input type="checkbox"/> 1 Masernimpfung** | <input type="checkbox"/> Immunität gegen Masern*** | | | | | | | | |
| Befreiung von einer Masern-Impfung: | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Es liegt eine <u>dauerhafte</u> medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann. | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Es liegt eine <u>vorübergehende</u> medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer zur Zeit nicht gegen Masern geimpft werden kann; eine erneute Impffähigkeit ist ab folgendem Datum zu prüfen: | | | | | | | | | | |
| | | | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Ort, | Datum | Unterschrift Ärztin / Arzt | Arztstempel | | | | | | | |

* ausreichend für Kinder nach vollendetem 2. Lebensjahr
 ** ausreichend für Kinder im 2. Lebensjahr
 *** serologischer Labornachweis