

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:

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Es sind alle dem Alter entsprechenden öffentlich empfohlenen Impfungen zum o.g. Tag der Aufnahme erfolgt:

Ja Nein

Zusätzlich sind weitere Impfungen erfolgt, wie z.B.:

Es liegen medizinische Gründe vor, weshalb derzeit eine vollständige Impfung nicht möglich ist:

Ja Nein

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"/> Rotavirus |
| <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 | |

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:

- 2 Masernimpfungen* 1 Masernimpfung** Immunität gegen Masern***

Befreiung von einer Masern-Impfung:

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

Es liegt eine vorübergehende medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer zur Zeit nicht gegen Masern geimpft werden kann; eine erneute Impffähigkeit ist ab folgendem Datum zu prüfen:

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Ort,

Datum

Unterschrift Ärztin / Arzt

Arztstempel

* ausreichend für Kinder nach vollendetem 2. Lebensjahr

** ausreichend für Kinder im 2. Lebensjahr

*** serologischer Labornachweis