

**Ärztliche Bescheinigung zum Nachweis
gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)**
zur Vorlage bei einer Kindergemeinschaftseinrichtung



Name, Vorname des Kindes		Geburtsdatum:	
Adresse:			
Postleitzahl	Wohnort	Straße	Hausnummer
Für die o.g. Person wird bescheinigt, dass folgender, altersentsprechender, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG ausreichender Masernschutz vorliegt:			
<input type="checkbox"/> 2 Masernimpfung* <input type="checkbox"/> 1 Masernimpfung** <input type="checkbox"/> Immunität gegen Masern ***			
Befreiung von einer Masern-Impfung:			
<input type="checkbox"/> Es liegt eine dauerhafte medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann.			
<input type="checkbox"/> 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 überprüfen: <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">_____</div>			
Ort,	Datum	Unterschrift Ärztin / Arzt	Arztstempel

**Ärztliche Bescheinigung
zur Aufnahme in einer Kindertagesstätte**
zur Vorlage bei einer Kindergemeinschaftseinrichtung



Ansteckende Krankheiten liegen nicht vor.			
Gegen die Aufnahme des Kindes in eine Kindertagesstätte bestehen keine medizinischen Bedenken / folgende medizinische Bedenken:			
<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"/>			
Ort,	Datum	Unterschrift Ärztin / Arzt	Arztstempel
Unterschrift Ärztin / Arzt Arztstempel			