**Nachweis einer ärztlichen Impfberatung**

Durch die Änderung des Infektionsschutzgesetzes (§ 34 Absatz 10 a IfSG) sind die Personensorgeberechtigten dazu verpflichtet, vor Aufnahme ihres Kindes in eine Kindertagesstätte, einen schriftlichen Nachweis über eine erfolgte Impfberatung vorzulegen.

Gerade in Kindertagesstätten ist das Infektionsrisiko für übertragbare Krankheiten durch die engen Kontakte erhöht. Daher ist der bevorstehende Eintritt in eine Kindertagesstätte ein guter Zeitpunkt, sich erneut mit dem Thema Impfungen auseinanderzusetzen, den Impfstatus zu überprüfen und nötigenfalls zu komplettieren.

Die Impfberatung muss in den letzten sechs Monaten vor Aufnahme in die Kindertagesstätte erfolgt sein.

Als Nachweise können vorgelegt werden:

1. eine ärztliche Bescheinigung auf dem untenstehenden Formular oder in einer anderen Form oder
2. das Vorsorgeuntersuchungsheft des Kindes (wenn eine U-Untersuchung in den letzten 6 Monaten vor Aufnahme in die Kindertagesstätte erfolgt ist) oder
3. der Impfausweis des Kindes (wenn eine Impfung in den letzten 6 Monaten vor Aufnahme in die Kindertagesstätte erfolgt ist).

Bitte reichen Sie einen entsprechenden Nachweis über die erfolgte Impfberatung entweder in der Kindertagesstätte oder bei mir ein.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrage

Koch

**Bescheinigung gemäß § 34 Absatz 10a Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

(Gebührenpflichtig nach GOÄ)

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum des Kindes:

Adresse des Kindes:

 Hiermit wird bescheinigt, dass die Personensorgeberechtigten des o.g. Kindes heute eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) ausreichenden Impfschutz des Kindes erhalten haben.

 Hiermit wird bescheinigt, dass das o.g. Kind über einen vollständigen, altersgerechten Impfschutz nach den Empfehlungen der STIKO verfügt. Die nächste Impfung nach den Empfehlungen der STIKO ist ab dem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vorgesehen. Eine zusätzliche Impfberatung ist aus ärztlicher Sicht derzeit nicht erforderlich.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift/Praxisstempel