

Ärztliche Bescheinigung

vor Aufnahme eines Kindes in eine Kindertageseinrichtung

(gemäß §11 Abs. 2 Kita-Gesetz Land Brandenburg)

für das Kind....., geb. am,
wohnhaft in

- Gegen die Aufnahme bestehen aus ärztlicher Sicht keine Bedenken.**
(Es bestehen keine Hinweise auf ansteckende Krankheiten bzw. ein Kontakt zu ansteckenden Krankheiten/Parasiten wurde nicht angegeben.)
- Gegen die Aufnahme bestehen aus ärztlicher Sicht Bedenken.**
- Das Kind verfügt aktuell über einen vollständigen Impfschutz oder eine Immunität gegen Masern (§20 Abs. 8 IfSG).**
- Die Impfung gegen Masern/eine weitere Impfung gegen Masern ist vorgesehen am**
____/____/____
- Das Kind kann aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden.**
- Die Eltern des Kindes haben eine Impfberatung in Anspruch genommen, lehnen jedoch die Impfung des Kindes gegen Masern ab.**

Stempel, Datum und Unterschrift vom Arzt

Nachweis Impfstatus

Die Erstimpfung gegen Masern erfolgte am ____/____/____

Stempel, Unterschrift vom Arzt

Die Zweitimpfung gegen Masern erfolgte am ____/____/____

Stempel, Unterschrift vom Arzt