



Impfbescheinigung

Informationen zur Verarbeitung der in diesem Formular angegebenen personenbezogenen Daten finden Sie in unserer

Datenschutzinformation.

Informationen zum Kind			
Name			
Vorname(n)		Geburtsdatum	
Anschrift aktuell			
Straße und Nummer			
PLZ und Ort			
Datum der voraussichtlichen Aufnahme:			
Es sind alle dem Alter entsprechenden öffentlich empfohlenen Impfungen zum o. g. Tag der Aufnahme erfolgt:			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Zusätzlich sind weitere Impfungen erfolgt, wie z.B.:			
Es liegen medizinische Gründe vor, weshalb derzeit eine vollständige Impfung nicht möglich ist:			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Impfungen gegen folgende Krankheiten fehlen oder wurden unvollständig durchgeführt:			
<input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Kinderlähmung <input type="checkbox"/> Keuchhusten <input type="checkbox"/> Hämophilus influenzae	<input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Pneumokokken <input type="checkbox"/> Meningokokken C <input type="checkbox"/> Rotavirus	
Sonstige:			
Ort _____ Unterschrift Ärztin/Arzt: _____ Stempel			
Dokumentation über die Verweigerung von Impfungen			
Ich wurde von meiner Ärztin/meinem Arzt in 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.			
Peking _____ Datum		_____ Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)	