

Kitatauglichkeitsbescheinigung

Name**Vorname****Geburtsdatum**

1. Die ärztliche Beratung in Bezug auf den Impfschutz des Kindes nach §34 Abs. 10a Infektionsschutzgesetz ist erfolgt.
2. Es besteht keine übertragbare Krankheit gemäß § 34 des Infektionsschutzgesetzes
3. Zum Zeitpunkt der Untersuchung sind folgende von der STIKO empfohlene Standardimpfungen dokumentiert.

Art der Impfung	Anzahl Impfungen	Art der Impfung	Anzahl Impfungen
Diphtherie		Masern	
Tetanus		Mumps	
Pertussis (Keuchhusten)		Röteln	
HiB (Häemophilus influenzae)		Varizelle (Windpocken)	
Polio (kinderlähmung)		Meningokokken C	
Hepatitis B		Rotaviren	
Pneumokokken			

4. **Gesundheitliche Hinweise** für die Tägliche Betreuung des Kindes (z.B. Allergie, Ernährung):

Datum

Unterschrift & Stempel behandelnder Arzt