



**ÄRZTLICHES ATTEST
ZUR ERSTAUFNAHME IN KITA/SCHULE
gem. § 34 Abs. 10-11 IFSG i.V.m. Landes-
Kita-Gesetz (verpflichtende Impfberatung)**



Hiermit wird bescheinigt, daß mein/e Patient/in _____,

geboren am _____ wohnhaft _____

heute von mir

☺ umfassend untersucht, und der/die Erziehungsberechtigte/n umfassend über die von der STIKO empfohlenen Schutzimpfungen beraten worden sind.

☺ Bei dem Kind sind keine Anzeichen von ansteckenden Krankheiten erkennbar. Es ist frei von Ungeziefer.

☺ Es bestehen keine ärztlichen Bedenken gegen die Aufnahme in Kita oder Schule.



Datum, Unterschrift des Arztes

Praxisstempel