

Ärztliche Bescheinigung gemäß § 34 Absatz 10a Infektionsschutzgesetz

Name, Vorname des Kindes

Praxisstempel

- 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, altersentsprechenden 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 nicht erforderlich.

.....

_____ Datum

_____ Unterschrift der Ärztin/des Arztes

.....