

Ärztliche Bescheinigung
gemäß §34 Absatz 10a Infektionsschutzgesetz (IfSG)

(Gebührenpflichtig nach GOÄ)

Name, Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum des Kindes _____

Adresse des Kindes _____

Ich bescheinige, dass die Personensorgeberechtigten des o.g. Kindes in meiner Praxis zuletzt ameine ärztliche Beratung auf vollständigen, altersgerechten, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) ausreichenden Impfschutz erhalten haben bzw. eine solche Beratung hinfällig ist, da das Kind über einen vollständigen, altersgerechten, nach den Empfehlungen der STIKO ausreichenden Impfschutz verfügt.

Datum

Unterschrift/Praxisstempel