



# ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

## über den Impfstatus

### für „Staatlich geprüfte/r Kinderpfleger/innen“

Staatliche Berufsfachschule für Kinderpflege · Bezoldweg 31 · 91541 Rothenburg o. d. T.

STAATLICHES BERUFLICHES  
**SCHULZENTRUM**  
ROTHENBURG | DINKELSBÜHL

Frau / Herrn \_\_\_\_\_  
geb. am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
wohnhaft in \_\_\_\_\_

## Vorinformation

**für die untersuchende Ärztin / den untersuchenden Arzt und die Untersuchte / den Untersuchten:**

Die medizinische Vorsorgeuntersuchung vor Aufnahme der Tätigkeit durch einen Arzt mit Kontrolle des Impfbuchs auf Impfungen gegen Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln und Windpocken ist eine Pflichtuntersuchung. **Bei im Impfbuch dokumentierten Impfungen entsprechend des Impfkalenders der Ständigen Impfkommision (Standardimpfungen) kann von einem ausreichenden Impfschutz ausgegangen werden** (ausgenommen Windpocken).

## Bescheinigung über den Impfstatus

Nach der von mir durchgeführten Untersuchung der/des Untersuchten weist der Impfschutz folgenden Status auf:

	Impfschutz vorhanden		Impfempfehlung ausgesprochen	
	JA	NEIN	JA	NEIN
<b>Keuchhusten, Masern und Mumps</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Röteln</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Windpocken</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

\_\_\_\_\_  
Stempel des Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes