

**Musterformular zur Übermittlung von personenbezogenen Angaben durch die
Leitung der Kindertageseinrichtung an das zuständige Gesundheitsamt zur
Gewährleistung einer Impfberatung bei fehlendem Nachweis über eine ärztliche
Impfberatung zeitnah vor Erstbesuch einer Kindertageseinrichtung**

(gemäß § 34 Abs. 10a Infektionsschutzgesetz (IfSG))

(Name, Vorname des Kindes)

(Name, Vorname der Personenberechtigten)

Kontaktdaten der Eltern bzw. Personensorgeberechtigten:

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Wohnort)

(Telefonnummer):

(Mobil – *freiwillig*)

(E-Mail-Adresse - *freiwillig*)

**Eltern bzw. Personensorgeberechtigte des o.g. Kindes haben vor
Erstaufnahme des Kindes in unsere Kindertagesstätte (d.h. vor dem ersten Tag
des Besuchs unserer Kindertageseinrichtung) keinen Nachweis über eine
zeitnahe zur Erstaufnahme durchgeführte ärztliche Impfberatung vorgelegt.**

Ort, Datum, Name/Stempel der Kindertagesstätte

Über die Weitermeldung an das Gesundheitsamt wurde ich informiert

Datum, Unterschrift einer/-s Personensorgeberechtigten