



## Bescheinigung

gemäß § 34 Absatz 10a Infektionsschutzgesetz ( IfSG )

Name des Kindes \_\_\_\_\_

Vorname des Kindes \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Kindes \_\_\_\_\_

Adresse des Kindes \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hiermit wird bescheinigt, dass die Personensorgeberechtigten des o.g. Kindes in meiner Praxis in den letzten 6 Monaten eine 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 der Empfehlung der STIKO ausreichenden Impfschutz verfügt.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift / Praxisstempel \_\_\_\_\_