**Bestätigung der Belehrung nach § 34 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

Frau/Herr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass ich über die gesundheitlichen Anforderungen, die Besuchsverbote und Mitteilungspflichten nach § 34 Abs. 1-3 IfSG, soweit sie

meinen Sohn/meine Tochter \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

betreffen, belehrt wurde.

Ein entsprechendes Merkblatt wurde mir ausgehändigt.

Mir sind keine Tatsachen bekannt, die derzeit für ein Besuchsverbot nach § 34 IfSG sprechen. Sollten entsprechende Tatsachen während des Besuchs der Kindertagesbetreuungseinrichtung auftreten, werde ich dies unverzüglich der Leitung des

Hauses mitteilen.

Ort/Datum Unterschrift

**Aushang Erkrankungsfall**

Liebe Eltern/Sorgeberechtigte!

In unserer Einrichtung ist folgende Erkrankung aufgetreten:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die Leitung oder Ihre Ärztin/Arzt!

Unterschrift und Stempel der Einrichtung

**Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen**

**(Bestätigung entsprechend § 34 IfSG)**

Bei meinem Kind \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ist nach Aussage der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name der Ärztin/des Arztes Datum

eine Weiterverbreitung folgender Erkrankung:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nicht mehr zu befürchten.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

**Teilnahmedokumentation**

|  |
| --- |
| Teilnehmerliste |

An folgender Belehrung/Unterweisung haben teilgenommen:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Thema: |  | | |
|  |  | | |
| Datum: |  | Unterweisende/r: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lfd. Nr. | Name, Vorname | Unterschrift |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |
| 10. |  |  |
| 11. |  |  |
| 12. |  |  |
| 13. |  |  |
| 14. |  |  |
| 15. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum** |  |  | **Unterschrift**  (Unterweisende/r) |  |

**Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung und die ärztliche Impfberatung**

nach den Richtlinien des Sozialministeriums und des Kultusministeriums über die ärztliche   
Untersuchung nach § 4 des Kindertagesbetreuungsgesetzes und die ärztliche Impfberatung nach § 34 Absatz 10a des Infektionsschutzgesetzes vom 19. Januar 2018

Das Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

wurde am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

von mir auf Grund von § 4 des Kindertagesbetreuungsgesetzes und der oben genannten Richtlinien über die ärztliche Untersuchung und Impfberatung ärztlich untersucht.

Gegen die Aufnahme des Kindes in einer Kindertageseinrichtung oder in Kindertagespflege bestehen, soweit sich nach der Durchführung der gesetzlichen Früherkennungsuntersuchung U \_\_\_ erkennen lässt,

🗆 keine medizinischen Bedenken.

🗆 medizinische Bedenken.

🗆 Das Kind ist gesundheitlich beeinträchtigt. Die Voraussetzungen für die Aufnahme des Kindes in einer Kindertageseinrichtung oder in Kindertagespflege werden mit den Personensorgeberechtigten und Fachkräften der Kindertageseinrichtung oder der Tagespflegeperson geklärt, sofern die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht durch die Personensorgeberechtigten vorliegt.

Das Untersuchungsergebnis ist den Personensorgeberechtigten mitgeteilt worden.

🗆 Die ärztliche Impfberatung nach § 34 Absatz 10a des Infektionsschutzgesetzes in Verbindung mit den oben genannten Richtlinien über die ärztliche Untersuchung und Impfberatung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen und nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz des Kindes wurde von mir zuletzt am\_\_\_\_\_\_\_\_\_beziehungsweise im Rahmen der U\_\_\_\_ durchgeführt. \*)

Ort, Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift der Ärztin/des Arztes Stempel der Ärztin/des Arztes

\*) Diese Erklärung ist nicht erforderlich vor Aufnahme in die Kindertagespflege