

Bescheinigung gemäß § 34 Absatz 10a Infektionsschutzgesetz (IfSG)
(Gebührenpflichtig nach GOÄ)

Name, 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 den Empfehlungen der STIKO ausreichenden Impfschutz verfügt.

_____ Datum

_____ Unterschrift/Praxisstempel

Bescheinigung gemäß § 34 Absatz 10a Infektionsschutzgesetz (IfSG)
(Gebührenpflichtig nach GOÄ)

Name, 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 den Empfehlungen der STIKO ausreichenden Impfschutz verfügt.

_____ Datum

_____ Unterschrift/Praxisstempel

Bescheinigung gemäß § 34 Absatz 10a Infektionsschutzgesetz (IfSG)
(Gebührenpflichtig nach GOÄ)

Name, 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 den Empfehlungen der STIKO ausreichenden Impfschutz verfügt.

_____ Datum

_____ Unterschrift/Praxisstempel

Bescheinigung gemäß § 34 Absatz 10a Infektionsschutzgesetz (IfSG)
(Gebührenpflichtig nach GOÄ)

Name, 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 den Empfehlungen der STIKO ausreichenden Impfschutz verfügt.

_____ Datum

_____ Unterschrift/Praxisstempel