

Zur Vorlage bei:

Stempel der Einrichtung

Nachweis über die Durchführung einer Impfberatung gemäß § 34 Abs. 10a IfSG

Name des Kindes: _____ geb. am _____

Die Personensorgeberechtigten des o.g. Kindes wurden am _____ von mir ausführlich über einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz beraten.

Ort, Datum

Unterschrift Arzt / Praxisstempel

Zur Vorlage bei:

Stempel der Einrichtung

Nachweis über die Durchführung einer Impfberatung gemäß § 34 Abs. 10a IfSG

Name des Kindes: _____ geb. am _____

Die Personensorgeberechtigten des o.g. Kindes wurden am _____ von mir ausführlich über einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz beraten.

Ort, Datum

Unterschrift Arzt / Praxisstempel