

Elternbescheinigung

Wiederzulassung bei meldepflichtigen Krankheiten in Gemeinschaftseinrichtungen gem. § 34 Abs. 6 Infektionsschutzgesetz Angaben zur betroffenen Person

Name, Vorname des Kindes:	
Geb.-Datum:	aktuelle Telefonnummer eines Erziehungsberechtigten:
Gruppe/Klasse:	Name der Einrichtung:

Mein Kind ist seit dem _____ erkrankt. (Erkrankung unten ankreuzen)

Die Erkrankung wurde am _____ ärztlich festgestellt: Ja Nein

<input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis)	<input type="checkbox"/> Scharlach (Streptococcus pyogenes)
<input type="checkbox"/> Krätze (Scabies)	<input type="checkbox"/> Läusebefall (bei Wiederholungsfall)
<input type="checkbox"/> Hand-Fuß-Mund	<input type="checkbox"/> Durchfallerkrankung (z. B. Norovirus)
<input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung
<input type="checkbox"/> Ringelröteln	<input type="checkbox"/> Grippe / Corona (nicht Zutreffendes streichen)
<input type="checkbox"/> Bindehautentzündung (bakteriell)	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

Hiermit bestätige ich, dass ich...

ankreuzen ▼

... über die Erkrankung und die Rückkehr meines Kindes in die Gemeinschaftseinrichtung ärztlich aufgeklärt wurde	
... mein Kind mit den verordneten / notwendigen Medikamenten (z. B. Läusemittel) behandelt habe.	
... mein Kind das Antibiotikum verabreicht bekommen hat (bei Pertussis, Meningokokken, Meningitis, Scharlach, bakterielle Bindehautentzündung)	
Die Rezeptkopie oder ein Foto des verordneten Medikamentes wurde vorgelegt, bzw. übermittelt.	

Ich bestätige, dass mein Kind...

ankreuzen ▼

... frei von krankheitsspezifischen Symptomen ist.	
... seit 48 Std. weder Erbrechen noch Durchfall hat.	
... seit 24 Std. fieberfrei ist = unter 38,0 °C (ohne Fiebersaft/-zäpfchen).	
... seit einer Woche keine neuen Bläschen bekommen hat oder alle Bläschen eingetrocknet sind (nur bei Windpocken oder Hand-Fuß-Mund).	

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Ärztliche Bescheinigung

Bitte beachten Sie, dass **nur** für folgende Erkrankungen **zwingend**
ein **ärztliches Attest** vorgelegt werden muss:

<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Borkenflechte, ausgeprägt (Impetigo contagiosa)
<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung (Meningokokken)
<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Adenoviren (ansteckende Bindehautentzündung)

Nach ärztlicher Untersuchung/Einschätzung darf das o. g. Kind die o. g. Einrichtung wieder besuchen ab dem _____.

Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt

Arztstempel