

# PERSONALBOGEN

(nur zum internen Gebrauch  
der Tageseinrichtung)



## 1. Angaben über das Kind

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit  
(Hauptstaatsangehörigkeit)

Geschlecht \_\_\_\_\_ \*Sprache (vorwiegend in der Familie  
gesprochene Sprache)

E – Mail \_\_\_\_\_

Strasse PLZ / Wohnort \_\_\_\_\_

### Eltern/Abholberechtigte im Notfall erreichbar: (Festnetz/mobil/dienstlich)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Kinderarzt / Hausarzt \_\_\_\_\_

Krankenkasse + Versicherter \_\_\_\_\_

## Ärztliche Bescheinigung/ Impfbescheinigung



Zur Aufnahme in die  
Evangelische Kindertagesstätte  
Morgenstern  
Langgasse 20 in 55283 Nierstein Tel. 06133-50155

Name und Geburtsdatum des Kindes : \_\_\_\_\_

Datum der Aufnahme in die Kindertagesstätte: \_\_\_\_\_

Es sind alle dem Alter entsprechend öffentlich empfohlenen Impfungen  
zum o.g. Tag der Aufnahme erfolgt: Ja ( ) Nein ( )

Es liegen medizinische Gründe vor, weshalb derzeit eine vollständige  
Impfung nicht möglich ist: Ja ( ) Nein ( )

Impfungen gegen folgende Krankheiten fehlen oder wurden unvollständig  
durchgeführt:

- |  |  |                                     |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie            | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung   | <input type="checkbox"/> Masern     |
| <input type="checkbox"/> Tetanus               | <input type="checkbox"/> Hepatitis B     | <input type="checkbox"/> Mumps      |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten           | <input type="checkbox"/> Pneumokokken    | <input type="checkbox"/> Röteln     |
| <input type="checkbox"/> Hämophilus influenzae | <input type="checkbox"/> Meningokokken C | <input type="checkbox"/> Windpocken |

Vertragsarztstempel / Unterschrift \_\_\_\_\_

**Die Ärztin/der Arzt hat informiert, dass die öffentlich  
empfohlenen Impfungen gegen die oben genannten Krankheiten  
bei meinem/ unserem Kind fehlen oder unvollständig sind.  
Ich möchte/wir möchten nicht, dass diese Impfungen nachgeholt  
werden.**

**Die Ärztin/der Arzt hat über die Möglichkeit aufgeklärt, dass  
Kinder nach § 34 Infektionsschutzgesetz aus der  
Kindertagesstätte ausgeschlossen werden können.**

Datum / Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten \_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift der/des aufklärenden Ärztin/Arztes \_\_\_\_\_