Anlage 2

Ärztlicher Nachweis über Impfberatung

nach § 34 Abs. 10a Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Hiermit bestätige ich, dass der/die Personensorgeberechtigte(n)

Name	Vorname	Geburtsdatum
Name	Vorname	Geburtsdatum

des Kindes

Name	Vorname	Geburtsdatum

zum altersgemäßen Impfschutz gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beraten wurde.

Ort	Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin