

Uni-Kinderhaus e.V.
Ostenstraße 18
85072 Eichstätt
Tel. 08421/9321770
www.uni-kinderhaus.de



Ärztliche Bescheinigung

Das Kind _____ geb. am _____

wohnhaft in _____ wurde am _____

von mir untersucht.

Das Kind ist frei von ansteckenden Krankheiten, sowie übertragbaren Hautkrankheiten. Es bestehen keine ärztliche Einwände gegen die Aufnahme im Uni-Kinderhaus. Das Kind ist organisch gesund.

Impfungen:	Diphtherie	<input type="checkbox"/>	Röteln	<input type="checkbox"/>	Tetanus	<input type="checkbox"/>
	FSME	<input type="checkbox"/>	Pertussis	<input type="checkbox"/>	Mumps	<input type="checkbox"/>
	HIB	<input type="checkbox"/>	Polio	<input type="checkbox"/>	Masern	<input type="checkbox"/>
	Menigokokken-C	<input type="checkbox"/>			Windpocken	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges	_____				

Unterschrift und Stempel

Ort und Datum

Uni-Kinderhaus e.V.
Ostenstraße 18
85072 Eichstätt
Tel. 08421/9321770
www.uni-kinderhaus.de



Ärztliche Bescheinigung

Das Kind _____ geb. am _____

wohnhaft in _____ wurde am _____

von mir untersucht.

Das Kind ist frei von ansteckenden Krankheiten, sowie übertragbaren Hautkrankheiten. Es bestehen keine ärztliche Einwände gegen die Aufnahme im Uni-Kinderhaus. Das Kind ist organisch gesund.

Impfungen:	Diphtherie	<input type="checkbox"/>	Röteln	<input type="checkbox"/>	Tetanus	<input type="checkbox"/>
	FSME	<input type="checkbox"/>	Pertussis	<input type="checkbox"/>	Mumps	<input type="checkbox"/>
	HIB	<input type="checkbox"/>	Polio	<input type="checkbox"/>	Masern	<input type="checkbox"/>
	Menigokokken-C	<input type="checkbox"/>			Windpocken	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges	_____				

Unterschrift und Stempel

Ort und Datum