

## Zur Vorlage beim Gesundheitsamt

### Ärztliche Bescheinigung

Das Kind \_\_\_\_\_

geb. \_\_\_\_\_ wurde am: \_\_\_\_\_

körperlich untersucht.

Es besteht kein Anhalt für eine die Entwicklung gefährdende Gesundheitsstörung.

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Sonstige Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Masernimpfschutz:**    2 x geimpft     1 x geimpft     nicht geimpft

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel, Unterschrift