

## Ärztliches Zeugnis

Es wird bestätigt, daß das Kind

\_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_, wohnhaft in

\_\_\_\_\_

frei von übertragbaren Krankheiten ist.

In der näheren Umgebung des Kindes (Familie) sind keine übertragbaren Krankheiten aufgetreten.

Das Kind ist gegen \_\_\_\_\_ allergisch.

Impfungen:

\_\_\_\_\_

Letzte Tetanusimpfung: \_\_\_\_\_

Das o. g. Kind hat an den Vorsorgeuntersuchungen  
U1 - U \_\_\_ teilgenommen.

Ort: \_\_\_\_\_, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arztes