

Ärztliche Befreiungserklärung

Formular HES 101A
Montana Schulen



Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das Montana Department of Immunizations (Montana-Impfprogramm) unter der Telefonnummer (406) 444-5580.

Ein Schüler, der sich an einer Schule in Montana einschreiben möchte, ist von der Pflicht zur Impfung befreit, sofern medizinische Gegenanzeigen vorliegen. Die ärztliche Befreiungserklärung kann von einem berechtigten Gesundheitsdienstleister ausgefüllt und als Befreiungsnachweis verwendet werden. Anstelle dieses Formulars wird auch eine schriftliche, unterschriebene Erklärung eines berechtigten Gesundheitsdienstleiters akzeptiert, sofern die Bedingungen gemäß ARM 37.114.715 erfüllt sind.

Gemäß HB 334 (Ch. 294, L. 2021) ist ein berechtigter Gesundheitsdienstleister eine Person, die: (1) in einem US-Bundesstaat oder in Kanada zur Erbringung von Gesundheitsleistungen zugelassen, zertifiziert oder autorisiert ist; (2) innerhalb ihres Tätigkeitsbereichs befugt ist, die Impfung(en) zu verabreichen, für die die Befreiung gilt; und (3) dem Schüler bereits Gesundheitsleistungen erbracht *oder* einen Impfstoff verabreicht hat, auf den der Schüler eine unerwünschte Reaktion gezeigt hat. Nach Ausfüllung ist dieses Formular zusammen mit dem aktuellen Impfnachweis bei der Schule des Schülers einzureichen.

Name des Schülers: _____

Name des Elternteils/Sorgeberechtigten: _____

Adresse des Schülers: _____

Geburtsdatum des Schülers: _____

Wählen Sie den bzw. die Impfstoff(e) aus, für den bzw. die eine ärztliche Befreiung beantragt wird, und geben Sie anschließend eine kurze Beschreibung der jeweiligen Kontraindikation oder Vorsichtsmaßnahme für jeden Impfstoff an:

☐ DTaP (Diphtherie, Tetanus und Pertussis)

☐ MMR (Masern, Mumps und Röteln)

☐ Tdap (Diphtherie, Tetanus und Pertussis)

☐ IPV (Polio)

☐ Varizellen (Windpocken)

☐ Andere: _____

☐ Hib (*Haemophilus influenzae* Typ b)

Kontraindikation/Vorsichtsmaßnahme:

Eine vollständige Übersicht über medizinische Kontraindikationen und Vorsichtsmaßnahmen finden Sie auf der Website der Zentren für Krankheitskontrolle und -verhütung (Centers for Disease Control and Prevention, CDC): <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html>.

Dauer der Befreiung: _____

Name des Gesundheitsdienstleiters (in Druckbuchstaben): _____ Titel: _____ Telefon: _____

Adresse: _____

Unterschrift des Gesundheitsdienstleiters: _____

Datum: _____