

Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

| | |
|----------------------------------------------------|---------------------------------|
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
| Bei Minderjährigen Name der Erziehungsberechtigten | |
| Adresse: | Erreichbarkeit (Telefon, etc.): |

Für o.g. Person wurde nachfolgende Bescheinigung über einen ausreichenden, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG genügenden Masernschutz vorgelegt:

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nachweis über 2 Masernimpfungen, vorgelegt am _____ über <input type="checkbox"/> Impfausweis <input type="checkbox"/> Anlage zum Untersuchungsheft <input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung <input type="checkbox"/> Bescheinigung Behörde/Einrichtung |
| <input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung, dass eine Immunität gegen Masern vorliegt, weshalb kein Impfnachweis erforderlich ist. |
| <input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung über eine dauerhafte medizinische Kontraindikation, aufgrund derer eine Masernschutzimpfung nicht gegeben werden darf. |
| <input type="checkbox"/> Bescheinigung einer Behörde oder einer anderen Einrichtung, dass eine ärztliche Bescheinigung über Immunität oder Kontraindikation bereits vorgelegt wurde |

Für o.g. Person konnte § 20 Absatz 9 IfSG **NICHT** als erfüllt bewertet werden.

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Es konnte keiner der oben aufgeführten Nachweise vorgelegt werden. |
| <input type="checkbox"/> Die vorgelegten Nachweise waren nicht eindeutig. |
| <input type="checkbox"/> Ein Impfschutz gegen Masern ist erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich. |

Eine Meldung erfolgte an das zuständige Gesundheitsamt am: _____

Kommentare:

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel/Einrichtung