

Nachweis über einen ausreichenden Masernschutz gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Nachname:	Geschlecht (m/w/d):	Geburtsdatum:
Vorname:		
Name aller Personensorgeberechtigten oder Betreuer (falls zutreffend):		
Adresse(n):	Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, etc.):	

Für o.g. Person sind die Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG zum Masernschutz erfüllt durch:

Nachweis über 1 Masernimpfung für Kinder im Alter von 13 – 24 Monaten

Nachweis über 2 Masernimpfungen für Personen älter als 24 Monate

Ärztliche Bescheinigung, dass eine Immunität gegen Masern besteht,
weshalb kein Impfnachweis erforderlich ist.

Ärztliche Bescheinigung über eine dauerhafte medizinische Kontraindikation,
aufgrund derer eine Masernschutzimpfung nicht gegeben werden darf.

Bescheinigung einer Behörde oder einer anderen Einrichtung,
dass eine ärztliche Bescheinigung über Immunität oder dauerhafte Kontraindikation bereits vorgelegt wurde.

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

Es konnte keiner der oben aufgeführten Nachweise/Bescheinigungen vorgelegt werden.

Die vorgelegten Nachweise/Bescheinigungen waren nicht eindeutig.

Der Impfschutz gegen Masern ist derzeit nicht ausreichend.

Ein Impfschutz gegen Masern ist erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich, voraussichtlich in
_____ Wochen Monaten.

Eine Meldung an das zuständige Gesundheitsamt erfolgte am _____

**O.g. Person kann wegen des fehlenden Nachweises gem. § 20 Absatz 9 IfSG nicht in die Ein-
richtung aufgenommen bzw. dort beschäftigt werden** (keine Meldung ans Gesundheitsamt erforderlich).

Meldende Einrichtung: _____

Kontakt für evtl. Rückfragen (Name, Telefon): _____

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel Einrichtung
Stempel Arzt/Ärztin