Dokumentationshilfe für Einrichtungen bzw. Übermittlungsbogen an das zuständige Gesundheitsamt

**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:**

|  |
| --- |
| ⬜  **Nachweis über 2 Masernimpfungen, vorgelegt am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ über** |
| ⬜ Impfausweis |
| ⬜ Anlage zum Untersuchungsheft |
| ⬜ Ärztliche Bescheinigung |
| ⬜ Bescheinigung Behörde/Einrichtung |
| ⬜ **Ärztliche Bescheinigung, dass eine Immunität gegen Masern vorliegt,** 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 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 vorgelegt werden. |
| ⬜ Die vorgelegten Nachweise waren nicht eindeutig. |
| ⬜ 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 |