

Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Dieser Bogen kann als Dokumentationshilfe für Einrichtungen und zur Benachrichtigung des zuständigen Gesundheitsamtes über einen nicht ausreichenden Masernschutz genutzt werden.

Nachname, (ggf. Geburtsname):	Vorname:	Geburtsdatum:
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers		
Bei Minderjährigen: Namen der Erziehungsberechtigten		
Adresse (zur Übermittlung an das Gesundheitsamt notwendig):		Telefon:

Für die oben genannte Person wurde die nachfolgende Bescheinigung über einen ausreichenden, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG genügenden Masernschutz vorgelegt:

Der Nachweis	
<input type="checkbox"/> über 1 Masernimpfung durch Vorlage eines/r (ausreichend für Personen bis zum 2. Geburtstag)	Impfausweises Anlage zum Untersuchungsheft ärztlichen Bescheinigung
<input type="checkbox"/> über 2 Masernimpfungen durch Vorlage eines/r (für Personen ab dem 2. Geburtstag)	
<input type="checkbox"/> über eine Immunität gegen Masern durch Vorlage einer <u>ärztlichen Bescheinigung</u> über eine dokumentierte Masernerkrankung oder einen serologischen Nachweis, weshalb kein Impfnachweis erforderlich ist,	
über eine <u>dauerhafte</u> medizinische Kontraindikation gegen eine Masernschutzimpfung durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung,	
<input type="checkbox"/> in Form einer Bescheinigung einer Behörde oder einer anderen Einrichtung, dass ein Nachweis über ausreichenden Masernimpfschutz, eine ärztliche Bescheinigung über Immunität oder Kontraindikation bereits vorgelegt wurde,	
wurde erbracht am _____.	

Für die oben genannte Person konnte § 20 Absatz 9 IfSG aus nachfolgendem Grund NICHT als erfüllt bewertet werden.

Es konnte keiner der oben aufgeführten Nachweise vorgelegt werden. Die Immunität konnte nicht eindeutig festgestellt werden. Ein Impfschutz gegen Masern ist erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich. (Ärztliche Bescheinigung wurde vorgelegt)	Hinweis: Bitte benachrichtigen Sie das zuständige Gesundheitsamt.
---	---

Eine Meldung an das zuständige Gesundheitsamt erfolgte am: _____

Ort, Datum

Name, Vorname (in Druckbuchstaben)

Stempel/Einrichtung

Unterschrift