# Meldung an das Gesundheitsamt: Daten der Personen, für die kein Nachweis / kein ausreichender Nachweis zum Masernschutz gemäß § 20 Absatz 9 IfSG vorgelegt wurde.

| **Name der meldenden Einrichtung** |  |
| --- | --- |
| **Ansprechperson** |  |

| **Familienname** | **Vorname** | **Geb.-Datum** | **Geschlecht****w**eibl.**/m**ännl.**/****d**ivers | **Familienname Sorgeberechtigte** | **Vorname Sorgeberechtigte** | **Straße / Hausnr.** | **PLZ** | **Ort** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |