

Übersichtsliste für Gruppen, Klassen oder Mitarbeiter

zur gesammelten Dokumentation der Überprüfung des ausreichenden, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG genügenden Masernschutzes der Betreuten und Mitarbeitenden.

Gruppe _____

Klasse _____

Mitarbeitende

Nachname	Vorname	Impfschutz/Immunität vorhanden		2. Impfung nachzuholen bis (für <2-Jährige)	Immunisierung ist dauerhaft nicht möglich	Datum der Überprüfung	Prüfender (Initialen o.ä.)
		Ja	Nein				

Name	Vorname	Impfschutz/Immunität vorhanden		2. Impfung nachzuholen bis (für <2-Jährige)	Immunsierung dauerhaft nicht möglich	Datum der Überprüfung	Prüfender (Initialen o.ä.)
		Ja	Nein				

Name	Vorname	Impfschutz/Immunität vorhanden		2. Impfung nachzuholen bis (für <2-Jährige)	Immunisierung dauerhaft nicht möglich	Datum der Überprüfung	Prüfender (Initialen o.ä.)
		Ja	Nein				