



## Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektions- schutzgesetz (IfSG)

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| Name, Vorname                                 | Geburtsdatum                    |
| Bei Minderjährigen Name der Sorgeberechtigten |                                 |
| Adresse:                                      | Erreichbarkeit (Telefon, etc.): |

**Für o.g. Person wurde nachfolgende Bescheinigung über einen ausreichenden, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG genügenden Masernschutz vorgelegt:**

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Nachweis über 2 Maserimpfungen, vorgelegt am _____ über</b><br><input type="checkbox"/> Impfausweis<br><input type="checkbox"/> Anlage zum Untersuchungsheft<br><input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung<br><input type="checkbox"/> Bescheinigung Behörde / Einrichtung  |
| <input type="checkbox"/> <b>Ärztliche Bescheinigung, dass eine Immunität gegen Masern vorliegt,</b><br>weshalb kein Impfnachweis erforderlich ist.<br><input type="checkbox"/> <b>Ärztliche Bescheinigung über eine dauerhafte medizinische Kontraindikation,</b><br>aufgrund derer eine Masernschutzimpfung nicht gegeben werden darf.<br><input type="checkbox"/> <b>Bescheinigung einer Behörde oder einer anderen Einrichtung,</b><br>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.**

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Es konnte keiner der oben aufgeführten Nachweise vorgelegt werden.<br><input type="checkbox"/> Die vorgelegten Nachweise waren nicht eindeutig.<br><input type="checkbox"/> 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