

Dokumentationshilfe für Einrichtungen bzw. Übermittlungsbogen an das zuständige Gesundheitsamt

## Nachweis über einen ausreichenden Masernschutz gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

|  |                        |   |
|--|------------------------|---|
| Nachname:  | Geschlecht<br>(m/w/d): | Geburtsdatum:                           |
| Vorname:   |                        |   |
| Name aller Personensorgeberechtigten oder Betreuer (falls zutreffend): |                        |   |
| Adresse(n):  |                        | Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, etc.): |

**Für o.g. Person sind die Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG zum Masernschutz erfüllt durch:**

**Nachweis über 1 Masernimpfung für Kinder im Alter von 13 – 24 Monaten**

**Nachweis über 2 Masernimpfungen für Personen älter als 24 Monate**

**Ärztliche Bescheinigung, dass eine Immunität gegen Masern besteht,**  
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 dauerhafte 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/Bescheinigungen vorgelegt werden.

Die vorgelegten Nachweise/Bescheinigungen waren nicht eindeutig.

Der Impfschutz gegen Masern ist derzeit nicht ausreichend.

Ein Impfschutz gegen Masern ist erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich, voraussichtlich in  
\_\_\_\_\_ Wochen \_\_\_\_\_ Monaten.

Eine Meldung an das zuständige Gesundheitsamt erfolgte am \_\_\_\_\_

**O.g. Person kann wegen des fehlenden Nachweises gem. § 20 Absatz 9 IfSG nicht in die Einrichtung aufgenommen bzw. dort beschäftigt werden** (keine Meldung ans Gesundheitsamt erforderlich).

**Meldende Einrichtung:** \_\_\_\_\_

Kontakt für evtl. Rückfragen (Name, Telefon): \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel/Einrichtung