**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  | [ ]  männlich [ ] weiblich [ ] 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**  |
| ⬜ **über 1 Masernimpfung durch Vorlage eines/r** | ⬜ Impfausweises⬜ Anlage zum Untersuchungsheft⬜ ärztlichen Bescheinigung |
| (ausreichend für Personen bis zum 2. Geburtstag) |
| ⬜ **über 2 Masernimpfungen durch Vorlage eines/r** |
| (für Personen ab dem 2. Geburtstag) |
| ⬜ **über eine Immunität gegen Masern durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung** über eine dokumentierte Masernerkrankung oder einen serologischen Nachweis, weshalb kein Impfnachweis erforderlich ist, |
| ⬜ **über eine dauerhafte medizinische Kontraindikation gegen eine Masernschutzimpfung durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung,** |
| ⬜ **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. | **Hinweis:**Bitte benachrichtigen Sie das zuständige Gesundheitsamt. |
| ⬜ Die Immunität konnte nicht eindeutig festgestellt werden. |
| ⬜ Ein Impfschutz gegen Masern ist erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich. (Ärztliche Bescheinigung wurde vorgelegt) |
| **Eine Meldung an das zuständige Gesundheitsamt erfolgte am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Name, Vorname (in Druckbuchstaben) |
| Stempel/Einrichtung | Unterschrift |