

Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)
(für Einrichtungen, die auch Kinder unter 2 Jahren betreuen)

Name, Vorname des Kindes:		Geburtsdatum:	
Bei Minderjährigen Name der Erziehungsberechtigten			
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl		Ort	
Erreichbarkeit (Telefon)		E-Mail-Adresse	

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

<p>Für Kinder im Alter von 13 – 24 Monaten</p> <p><input type="checkbox"/> Nachweis über 1 Masernimpfung. Vorgelegt wurde am: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Impfausweis</p> <p><input type="checkbox"/> Anlage zum Untersuchungsheft</p> <p><input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung</p> <p><input type="checkbox"/> Bescheinigung Behörde/Einrichtung</p>	<p>Für Kinder älter als 24 Monate</p> <p><input type="checkbox"/> Nachweis über 2 Masernimpfungen Vorgelegt wurde am: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Impfausweis</p> <p><input type="checkbox"/> Anlage zum Untersuchungsheft</p> <p><input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung</p> <p><input type="checkbox"/> Bescheinigung Behörde/Einrichtung</p>
<p><input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung, dass eine Immunität gegen Masern* vorliegt, weshalb kein Impfnachweis erforderlich ist.</p> <p><input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung über eine dauerhafte medizinische Kontraindikation, aufgrund derer eine Masernschutzimpfung nicht gegeben werden darf.</p> <p><input type="checkbox"/> Bescheinigung einer Behörde oder einer anderen Einrichtung, dass eine ärztliche Bescheinigung über Immunität oder Kontraindikation bereits vorgelegt wurde.</p>	

* serologischer Labornachweis

Für o.g. Person konnte § 20 Absatz 9 IfSG NICHT als erfüllt bewertet werden.

<p><input type="checkbox"/> Es konnte keiner der oben aufgeführten Nachweise vorgelegt werden.</p> <p><input type="checkbox"/> Die vorgelegten Nachweise waren nicht eindeutig.</p> <p><input type="checkbox"/> Ein Impfschutz gegen Masern ist erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich.</p>

Eine Meldung erfolgte an das zuständige Gesundheitsamt am: _____

Kommentare:

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel/Einrichtung