Praxis

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
| Bei Minderjährigen Name der Erziehungsberechtigten: | |
| Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer): | Erreichbarkeit (Telefon, etc.): |

**Dokumentation über die Vorlage eines Masernschutz-Nachweises   
gemäß § 20 Absatz 8 und 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

**Nachweispflicht erfüllt:**

Nachweis wurde vorgelegt am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ über:

Impfausweis („Impfpass“)

Ärztliches Zeugnis über:

ausreichenden Impfschutz

Immunität gegen Masern

dauerhafte medizinische Kontraindikation

Bestätigung einer staatlichen Stelle oder Leitung einer anderen vom Gesetz betroffenen Einrichtung   
 darüber, dass ein Nachweis nach § 20 Absatz 9 IfSG vorliegt.

**Nachweispflicht nicht erfüllt:**

Ärztliches Zeugnis über eine medizinische vorübergehende Kontraindikation

Ein Impfschutz gegen Masern ist erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich

Es wurde kein Nachweis bis zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vorgelegt. Eine Fristsetzung durch den/die   
 Arbeitgeber\*in erfolgte am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Eine Benachrichtigung an das zuständige Gesundheitsamt erfolgte daher am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

.............................................................. ..............................................................

Praxisstempel/ Unterschrift Datum/ Unterschrift Mitarbeiter/in

Eine Kopie des vorgelegten Nachweises wurde diesem Dokument angefügt.