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.