**Dokumentation**

über die Vorlage von Nachweisen über hinreichenden Masernschutz

Name, Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Nachweispflicht erfüllt:**

**Nachweis wurde vorgelegt am 05.03.2024 / 06.03.2024 / 07.03.2024 / 08.03.2024 als**

⬜ Impfausweis („Impfpass“)

⬜ Anlage zum Untersuchungsheft

⬜ Ärztliches Zeugnis über ausreichenden Impfschutz

⬜ Ärztliches Zeugnis, dass eine Immunität vorliegt

⬜ Ärztliches Zeugnis, dass aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden kann.

 Angabe zur Kontraindikation: ⬜ Es liegt eine dauerhafte Kontraindikation vor. Bitte beachten Sie: Sofern eine zeitlich befristete Kontraindikation vorliegt (z.B. aufgrund

 einer akuten Erkrankung), ist die Nachweispflicht nicht erfüllt (siehe unten)

⬜ Bestätigung einer staatlichen Stelle oder der Leitung einer anderen Einrichtung im Sinne von

 § 20 Absatz 8 Satz 1 IfSG darüber, dass ein Nachweis bereits vorgelegen hat

 und zwar des/der

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Name und Adresse dieser Stelle/Einrichtung

 **Nachweispflicht (noch) nicht (vollständig) erfüllt:**

⬜ Es wurde **kein** Nachweis bis zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_vorgelegt.

⬜ Es bestehen **Zweifel** an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit des vorgelegten Nachweises.

 **Eine Benachrichtigung des zuständigen Gesundheitsamts erfolgte daher am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

⬜ > Impfschutz gegen Masern ist erst zu einem **späteren Zeitpunkt** möglich oder kann erst später **ver-**

 **vollständigt** werden (z.B. bei vorübergehender Kontraindikation aufgrund von Krankheit)

 oder

 > Das vorgelegte ärztliche Zeugnis **verliert seine Gültigkeit** am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In diesem Fall ist ein Nachweis innerhalb eines Monats, nachdem es möglich war, einen Impfschutz

 gegen Masern zu erlangen oder zu vervollständigen, oder innerhalb eines Monats nach Ablauf der Gül-

 tigkeit des vorgelegten ärztlichen Zeugnisses vorzulegen.

**Eine Überprüfung des Masernschutzes ist daher am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_erforderlich.**

 **Dokument nicht interpretierbar:**

⬜ Vorgelegtes Dokument kann nicht interpretiert werden.

 Die Weiterleitung einer Kopie an das zuständige Gesundheitsamt erfolgte daher am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Stempel