

Nachweis Masernschutzgesetz

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse: (bei Abgabe an Gesundheitsamt)	Telefon: (bei Abgabe an Gesundheitsamt)

Für o.g. Person wurde nachfolgende Bescheinigung über einen ausreichenden, den Anforderungen genügenden Masernschutz vorgelegt:

<input type="checkbox"/> Nachweis über 2 Masernimpfungen, vorgelegt am _____ über <input type="checkbox"/> Impfausweis <input type="checkbox"/> Anlage zum Untersuchungsheft <input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung <input type="checkbox"/> Bescheinigung einer Behörde/Einrichtung, dass ein Nachweis bereits vorgelegen hat.
<input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung, dass eine Immunität gegen Masern vorliegt, weshalb kein Impfnachweis erforderlich ist.
<input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung über eine dauerhafte medizinische Kontraindikation, aufgrund derer eine Masernschutzimpfung nicht gegeben werden darf.
<input type="checkbox"/> Bescheinigung einer Behörde oder einer anderen Einrichtung, dass eine ärztliche Bescheinigung über Immunität oder Kontraindikation bereits vorgelegt wurde.

Für o.g. Person ist die Nachweispflicht nicht erfüllt.

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

Eine Meldung erfolgte an das Gesundheitsamt am: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel/Einrichtung