

**Nachweisbestätigung gemäß § 20 Abs. 9 Satz 1 Nr. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG)<sup>i</sup>**

Name, Vorname	Geburtsdatum:
---------------	---------------

Für die oben genannte Person wird gemäß § 20 Abs. 9 Satz 1 Nr. 3 IfSG bestätigt, dass folgender Nachweis über einen ausreichenden Masernschutz gemäß § 20 Abs. 8 Satz 1 IfSG vorgelegt wurde:

<input type="checkbox"/> Impfdokumentation nach § 22 Abs. 1 und 2 IfSG über zwei Masernimpfungen (§ 20 Abs. 8 Satz 2 IfSG)
<input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung der Immunität gegen Masern
<input type="checkbox"/> Nachweisbestätigung einer anderen Stelle (§ 20 Abs. 9 Satz 1 Nr. 3 IfSG)
<input type="checkbox"/> Bericht über die Prüfung des Impfstatus gemäß § 34 Abs. 11 IfSG im Rahmen der Einschulungsuntersuchung

Für die oben genannte Person wird bestätigt, dass ein Nachweis über eine medizinische **Kontraindikation** gemäß § 20 Abs. 8 Satz 5 IfSG vorgelegt wurde.

Für die oben genannte Person konnte keine Kontraindikation nachgewiesen und aus folgendem Grund kein ausreichender Masernschutz festgestellt werden:

<input type="checkbox"/> Es wurde nach Aufforderung keiner der oben aufgeführten Nachweise in einer angemessenen Frist vorgelegt.
<input type="checkbox"/> Mit den vorgelegten Dokumenten konnte der Nachweis nicht eindeutig erbracht werden.
Eine Meldung erfolgte an das zuständige Gesundheitsamt am: _____

Name und Anschrift der bestätigenden Stelle	
Datum, Unterschrift der mit der Prüfung beauftragten Person <sup>ii</sup>	Datum, Unterschrift der Einrichtungsleitung

<sup>i</sup> Original verbleibt bei der nachweispflichtigen Person, Kopie für nachweisführende und bestätigende Stelle.

<sup>ii</sup> Nicht erforderlich bei Prüfung durch Leitung der Einrichtung.