



Nachweis Impfschutz gegen Masern gemäß Masernschutzgesetz

Angaben zur Einrichtung		
Name	Anschrift	Leitung

Angaben zur betreffenden Person		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift

Bei Minderjährigen: Name Erziehungsberechtigte bzw. gesetzl. Vertreter	Telefonkontakt

Bestätigung

Sind die nachfolgende Punkte 1 oder 2 erfüllt, dient dieser Nachweis lediglich zur Dokumentation der Gemeinschaftseinrichtung.

- Ein vollständiger Impfschutz gegen Masern gemäß den Empfehlungen der STIKO ist vorhanden (2-fach Impfung laut Impfausweis/ ärztlichem Zeugnis erhalten).
- Ausreichend Antikörper gegen Masern sind vorhanden (gemäß Titer-Bestimmung), dies wurde gegen Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung bestätigt.

Sind die nachfolgende Punkte 3, 4 oder 5 erfüllt, dient dieser Nachweis zur Dokumentation der Gemeinschaftseinrichtung und als Meldeformular an das Gesundheitsamt Kreis Lippe:

Faxnummer: 05231 63011 9999

- Es ist bisher lediglich ein 1facher Impfschutz gegen Masern vorhanden (laut Impfausweis/ ärztlichem Zeugnis).
 - Zweite Impfung ist geplant für: _____ Datum: _____
 - Nachkontrolle durch Einrichtung erfolgte am: _____ Datum: _____
 - vollständiger Impfschutz wie unter 1 ist gegeben
!!Nachweis erneut ans Gesundheitsamt faxen!!

Unterschrift der bescheinigenden Person:
- Aufgrund einer medizinischen Kontraindikation kann o. g. betreute Person nicht gegen Masern geimpft werden (ärztliche Bescheinigung beifügen)
- Es ist **kein Impfschutz** gegen Masern vorhanden

Entscheidung der Einrichtungsleitung	
<input type="checkbox"/> Gegen die Betreuung bzw. Beschäftigung der oben angegebenen Person bestehen seitens der Einrichtung keine Bedenken	
<input type="checkbox"/> Eine Betreuung bzw. Beschäftigung der oben angegebenen Person kann in der Einrichtung nicht erfolgen	
Datum, Unterschrift der Einrichtungsleitung	Ggf. Stempel der Einrichtung