



Nachweis Impfschutz gegen Masern gemäß Masernschutzgesetz ⁱ

| 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).

| | |
|--|--|
| 3a Zweite Impfung ist geplant für: | Datum: _____ |
| 3b Nachkontrolle durch Einrichtung erfolgte am: | Datum: _____ |
| 3c <input type="checkbox"/> vollständiger Impfschutz wie unter 1 ist gegeben | Unterschrift der bescheinigenden Person: _____ |

!!Nachweis erneut ans Gesundheitsamt faxen!!
- 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 |