

Dokumentation für Einrichtungen / Übermittlungsbogen an das zuständige Gesundheitsamt

Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

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

Anschrift:	Erreichbarkeit (Telefon):
-------------------	----------------------------------

Für o.g. Person konnte § 20 Absatz 9 IfSG **NICHT** als erfüllt bewertet werden.

<input type="checkbox"/> Es wurde keiner der im Gesetz (nach §20 Abs. 9 IfSG) vorgesehenen Nachweise vorgelegt.
<input type="checkbox"/> Die vorgelegten Nachweise waren nicht eindeutig.
<input type="checkbox"/> Ein Impfschutz gegen Masern ist erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich.

Eine Meldung erfolgte an das zuständige Gesundheitsamt am: _____

Kommentare:

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel/Einrichtung