

## Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

(von der Tagespflegeperson auszufüllen)

Name, Vorname des Tagespflegekindes	Geburtsdatum:
Bei Minderjährigen, Name der Erziehungsberechtigten	
Adresse:	Erreichbarkeit (Telefon, Email):

**Für o.g. Person wurde nachfolgende Bescheinigung über einen ausreichenden, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG genügenden Masernschutz vorgelegt:**

<p>Für Kinder im Alter von 13 – 24 Monate</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Nachweis über 1 Masernimpfung Vorgelegt am _____ über</li> <li><input type="radio"/> Impfausweis</li> <li><input type="radio"/> Ärztliche Bescheinigung</li> <li><input type="radio"/> Bescheinigung Behörde/ Einrichtung</li> </ul>	<p>Für Personen älter als 24 Monate</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Nachweis über 2 Masernimpfungen Vorgelegt am _____ über</li> <li><input type="radio"/> Impfausweis</li> <li><input type="radio"/> Ärztliche Bescheinigung</li> <li><input type="radio"/> Bescheinigung Behörde/ Einrichtung</li> </ul>
<p><input type="checkbox"/> <b>Ärztliche Bescheinigung, dass eine Immunität gegen Masern vorliegt,</b> weshalb kein Impfnachweis erforderlich ist.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Ärztliche Bescheinigung über eine dauerhafte medizinische Kontraindikation,</b> aufgrund derer eine Masernschutzimpfung nicht gegeben werden darf.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Bescheinigung einer Behörde oder einer anderen Einrichtung,</b> dass eine ärztliche Bescheinigung über Immunität oder Kontraindikation bereits vorgelegt wurde.</p>	

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

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Es konnte keiner der oben aufgeführten Nachweise vorgelegt werden.</li> <li><input type="checkbox"/> Die vorgelegten Nachweise waren nicht eindeutig.</li> <li><input type="checkbox"/> Ein Impfschutz gegen Masern ist erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich.</li> </ul>
--

**Eine Meldung erfolgte an das zuständige Gesundheitsamt am: \_\_\_\_\_**

Kommentare:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Tagespflegeperson