

Dokumentation des Masernschutzes gemäß Masernschutzgesetz (zur Vorlage im Rahmen der Überprüfung durch das Gesundheitsamt)

Name der Einrichtung

Einrichtungsleitung

Stempel

Angaben des Kindes / beschäftigte Person

Name	Vorname	geb.	Anschrift
------	---------	------	-----------

Sorgeberechtigte

1.	2.
----	----

Nachweis Masernschutzimpfung

	<u>Erstimpfung</u> (bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres, spätestens vor Aufnahme)	<u>Zweitimpfung</u> (bis zur Vollendung des 2. Lebensjahres)
Datum		
Impfstoff		
Chargennummer		
Impfarzt		
Unterschrift/Stempel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja

Abweichende Nachweise* (Kopie zwingend erforderlich)

Ärztliches Zeugnis über Kontraindikation

Datum: _____ Arztpraxis: _____

Nachweis über Immunität gegen Masern (Titerbestimmung)

Laborbefund: ja Datum: _____ **und**

Ärztliche Stellungnahme: ja Datum: _____

Wichtige Hinweise zu abweichenden Nachweisen:

Die Unterlagen werden zur Prüfung an das zuständige Gesundheitsamt weitergeleitet.

Eine Rücksprache mit dem Gesundheitsamt ist erforderlich.

Einwilligung der Sorgeberechtigten / beschäftigte Person

Ich/Wir stimme/n der Weiterleitung der erforderlichen Unterlagen (bei abweichenden Nachweisen in Kopie*) an das zuständige Gesundheitsamt zum Zweck der Prüfung zu.

Name

Datum

Unterschrift

Bestätigung der Einsichtnahme

Name der prüfenden Person

Funktion

Datum

Unterschrift

Datenschutzhinweis:

Diese Dokumentation dient ausschließlich der gesetzlichen Nachweispflicht. Eine Kopie des Impfausweises ist nicht erforderlich.

*Bei abweichenden Nachweisen erfolgt eine Kopie ausschließlich zum Zweck der Prüfung durch das Gesundheitsamt