

Nachweisbestätigung gemäß § 20 Abs. 9 Satz 1 Nr. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG)ⁱ

<u>Name, Vorname:</u>	<u>Geburtsdatum:</u>
-----------------------	----------------------

Für die oben genannte Person wird gemäß § 20 Abs. 9 Satz 1 Nr. 3 IfSG bestätigt, dass folgender Nachweis über einen ausreichenden Masernschutz gemäß § 20 Abs. 8 Satz 1 IfSG vorgelegt wurde:

Impfdokumentation nach § 22 Abs. 1 und 2 IfSG über zwei Masernimpfungen (§ 20 Abs. 8 Satz 2 IfSG)

Ärztliche Bescheinigung der Immunität gegen Masern

<u>Name der bestätigenden Stelle:</u>	
<u>Anschrift der bestätigenden Stelle:</u>	
<u>Name der mit der Prüfung beauftragten Person in Druckbuchstaben:</u>	<u>Name der Einrichtungsleitung in Druckbuchstaben:</u>
<u>Datum, Unterschrift der mit der Prüfung beauftragten Person:</u>	<u>Datum, Unterschrift Einrichtungsleitung, Stempel:</u>

ⁱ Original verbleibt bei der nachweispflichtigen Person, Kopie für nachweisführende und bestätigende Stelle

Vordruck zur Verfügung gestellt vom Fachbereich Gesundheitsmanagement der Region Hannover