

# MITARBEITENDE DER KINDERTAGESEINRICHTUNG

## Dokumentation der Vorlage des Nachweises über Masernimpfschutz nach § 20 Abs. 8 und 9 IfSG n.F.

Herr/Frau	
<hr/>	
Name, Vorname	Geburtsdatum
<hr/>	
PLZ, Ort	Straße, Hausnummer
hat durch	
<input type="checkbox"/> Impfdokumentation (Impfausweis)	
<input type="checkbox"/> ärztliches Zeugnis über ausreichenden Impfschutz	
<input type="checkbox"/> ärztliches Zeugnis über Immunität	
<input type="checkbox"/> ärztliches Zeugnis über medizinische Kontraindikation (Ausschluss einer Impfung)	
Angabe zur Kontraindikation <sup>1</sup> : <input type="checkbox"/> dauerhafte Kontraindikation	
<input type="checkbox"/> Laborbericht	
<input type="checkbox"/> Bestätigung einer staatlichen Stelle oder der Leitung einer anderen Einrichtung gem. § 20 Abs. 8 S. 1 IfSG n.F., dass Nachweis bereits vorgelegt wurde	
<hr/>	
Name und Adresse der Stelle/Einrichtung	
den Nachweis über einen Masernimpfschutz bzw. eine medizinische Kontraindikation am _____ erbracht.	

Kirchengemeinde/ Kindertagesstätte

### Bestätigungsvermerk:

Datum	Name	Unterschrift
-------	------	--------------

Datum	Name	Unterschrift
-------	------	--------------

- Ablage in der Personalakte
- Kopie für die Einrichtungsleitung
- Wiedervorlage: Erneute Nachweispflicht (vorübergehende Kontraindikation)

<sup>1</sup> Sofern eine zeitlich befristete Kontraindikation vorliegt (z. B. aufgrund einer akuten Erkrankung), ist die Nachweispflicht nicht erfüllt.