

Name der Einrichtung, vollständige Anschrift

Anschrift zuständiges Gesundheitsamt

siehe <https://www.gesunde.sachsen.de/6849.html>

per Post

Dokumentation der Prüfung des Nachweises zum Masernschutz bzw. einer Kontraindikation auf Grundlage § 20 Abs. 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) zur Vorlage bei der Leitung der Einrichtung bzw. zur Meldung an das Gesundheitsamt

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____

bei Minderjährigen - Daten des Sorgeberechtigten:

Name: _____ Vorname: _____

Die Angabe eines Elternteils bzw. Sorgeberechtigten ist ausreichend.

Anschrift:

Straße: _____ Hausnr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Kontaktmöglichkeiten:

Telefon*: _____ E-Mail*: _____

**Angabe freiwillig*

hat den Nachweis nach § 20 Abs. 9 IfSG

- ☐ erbracht. (Formular zur Ausfertigung für die Nachweispflichtige/den Nachweispflichtigen - bei Bedarf)
- ☐ nicht erbracht. (Formular zur Meldung an das zuständige Gesundheitsamt)

Ort, Datum

(Name Prüfender)
Unterschrift