

**Muster: Dokumentation einrichtungsintern**  
über die Vorlage von Nachweisen über hinreichenden Masernschutz  
**(ausschließlich zur Sicherung in Einrichtung/Schule etc.)**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Nachweispflicht erfüllt:**

Nachweis wurde vorgelegt am \_\_\_\_\_ als

- Impfausweis („Impfpass“)
- Anlage zum Untersuchungsheft
- Ärztliches Zeugnis über ausreichenden Impfschutz
- Ärztliches Zeugnis, dass eine Immunität vorliegt
- Ärztliches Zeugnis, dass aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden kann.  
Angabe zur Kontraindikation:  Es liegt eine dauerhafte Kontraindikation vor.  
Bitte beachten: Sofern eine zeitlich befristete Kontraindikation vorliegt (z.B. aufgrund einer akuten Erkrankung), ist die Nachweispflicht nicht erfüllt (siehe unten).
- Bestätigung einer staatlichen Stelle oder der Leitung einer anderen Einrichtung im Sinne von § 20 Absatz 8 Satz 1 IfSG darüber, dass ein Nachweis bereits vorgelegen hat und zwar des/der

\_\_\_\_\_  
(Name und Adresse dieser Stelle/Einrichtung)

**Nachweispflicht (noch) nicht (vollständig) erfüllt:**

- Es wurde **kein** Nachweis bis zum \_\_\_\_\_ vorgelegt.
- Es bestehen **Zweifel** an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit des vorgelegten Nachweises.  
**Eine Benachrichtigung an das zuständige Gesundheitsamt erfolgte am \_\_\_\_\_.**

---

- Impfschutz gegen Masern ist erst zu einem **späteren Zeitpunkt** möglich oder kann erst später **vervollständigt** werden (z.B. bei vorübergehender Kontraindikation aufgrund von Krankheit) oder  
das vorgelegte ärztliche Zeugnis **verliert seine Gültigkeit** am \_\_\_\_\_.  
  
In diesem Fall ist ein Nachweis innerhalb eines Monats vorzulegen, nachdem es möglich war, einen Impfschutz gegen Masern zu erlangen oder zu vervollständigen, oder innerhalb eines Monats nach Ablauf der Gültigkeit des vorgelegten ärztlichen Zeugnisses.  
  
**Eine Überprüfung des Masernschutzes ist daher am \_\_\_\_\_ erforderlich.**

**Dokument nicht interpretierbar:**

- Vorgelegtes Dokument kann nicht interpretiert werden.  
Die Weiterleitung einer Kopie an das zuständige Gesundheitsamt erfolgte daher am \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Stempel