



## Nachweis über Masern-Impfschutz bzw. Immunitätsstatus für Beschäftigte

### Hinweise:

Mit der **Beschäftigung in einer Gemeinschaftseinrichtung** in unserer Trägerschaft, sind Sie gemäß § 20 Abs. 8 ff. IfSG verpflichtet, Ihren Masern-Impfschutz bzw. Immunitätsstatus nachzuweisen. **Ohne** einen entsprechenden **Nachweis** besteht ein **uneingeschränktes Tätigkeitsverbot** bzw. arbeitsrechtliches Beschäftigungsverbot bei Bestandsbeschäftigten i. V. m. einer **Meldepflicht** gegenüber dem zuständigen **Gesundheitsamt** mit personenbezogenen Angaben. Wir bitten Sie, diesen Ausdruck umgehend ausgefüllt bei uns vorzulegen.

Eventuelle **Kosten für die Nachweiserbringung** sind bei Neuaufnahme der Tätigkeit vom Arbeitnehmer zu zahlen. Bei bestehenden Beschäftigungsverhältnissen zum 01.03.2020 werden die Kosten der Nachweisführung vom Arbeitgeber übernommen. Beschäftigte mit **Geburtsjahr 1970 und älter** sind nicht von der Nachweispflicht betroffen.

Name, Vorname	Geburtsdatum

### A Nachweis durch alternative Vorlage folgender ärztlicher Zeugnisse:

- Hiermit wird bestätigt, dass bei der o. g. Person aufgrund der vorhandenen Impfdokumentation ein **ausreichender Impfschutz gegen Masern** im Sinne des Gesetzes besteht. **(1)**
- Hiermit wird bestätigt, dass bei der o. g. Person bereits eine **Immunität gegen Masern** vorliegt. **(2)**
- Hiermit wird bestätigt, dass bei der o. g. Person aufgrund einer **medizinischen Kontraindikation** keine Impfung möglich ist. **(3)**

Die Kontraindikation ist  dauerhaft  befristet gegeben<sup>1</sup>

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(Arzt/Ärztin bzw. Betriebsarzt/Betriebsärztin) + Stempel

### B Nachweis durch alternative Vorlage folgender Dokumente:

- Hiermit lege ich meinen **Impfausweis oder eine Masern-Impfbescheinigung im Original** vor. Damit werden zwei Schutzimpfungen gegen Masern nachgewiesen.<sup>2</sup> **(4)**
- Hiermit lege ich eine **beglaubigte Bescheinigung** einer staatlichen Stelle oder einer anderen Einrichtung darüber vor, dass der Nachweis (1) , (2) , (3) oder (4) bereits vorgelegen hat.

-----  
**Dokumentation**<sup>3</sup>:  Nachweis erfüllt  Nachweis nicht erfüllt  
 **Meldung Gesundheitsamt am** \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Bestätigung: \_\_\_\_\_  
(Personaldienststelle oder Einstellungsverantwortlicher)

<sup>1</sup> Nachweispflicht bei befristeter Kontraindikation nicht erfüllt.

<sup>2</sup> Nach Prüfung und Dokumentation des Impfstatus wird das Originaldokument wieder zurückgegeben.

<sup>3</sup> Wird vom Arbeitgeber oder dessen Beauftragten ausgefüllt.