**Mitteilung an das Gesundheitsamt gemäß § 20 Abs. 9 und Abs. 10 Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

Meldende Einrichtung:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Zuständiges Gesundheitsamt:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Gem. den o.a. Bestimmungen zeige ich an, dass für / von den nachfolgend aufgeführten Personen kein ausreichender Impfschutz gegen Masern nachgewiesen wurde:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name**  | **ggf.Geb.name** | **Vorname** | **Geburtsdatum** | **Anschrift** | **Telefonnummer** |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Unterschrift