



Überprüfung des Masernimpfschutzes nach Infektionsschutzgesetz

Einrichtung: _____

Name der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters:

Datum der Überprüfung: _____

Vorgelegtes Dokument: _____

Masernimpfschutz vorhanden: Ja Nein

Wenn Nein – Meldung an das Gesundheitsamt erfolgt am: _____

Datum / Unterschrift Mitarbeiter*in: _____

Datum / Unterschrift Leitung: _____

Datum / Unterschrift Zeuge: _____