

## Dokumentation der Nachweispflicht nach § 20 Infektionsschutzgesetz zum Masernschutz

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

- Eine ärztliche Bescheinigung über **zwei durchgeführte Impfungen** gegen Masern (\*siehe Erläuterungen) hat vorgelegen.
- Ein serologischer Nachweis (Antikörperbestimmung) einer durchgemachten Masernerkrankung durch ärztliche Bescheinigung hat vorgelegen.
- Ein ärztliches Attest über die nicht stattgefundene Impfung aufgrund einer dauerhaft medizinischen Kontraindikation hat vorgelegen.
- Eine Bescheinigung einer anderen staatlichen Stelle über den geprüften Nachweis gemäß § 20 Abs. 9 Satz 1 Nr. 3 IfSG hat vorgelegen.
- Ein Nachweis der ausreichenden Impfung gegen Masern ist durch Vorlage von Impfdokumenten / des Impfausweises erfolgt. Dabei waren nachfolgende Angaben aus den vorgelegten Dokumenten erkennbar:

### 1. Impfung

- Chargennummer des Impfstoffes
- Handelsname des Impfstoffes
- Impfdatum
- Krankheit, gegen die geimpft wurde
- Arztunterschrift plus Stempel

### 2. Impfung

- Chargennummer des Impfstoffes
- Handelsname des Impfstoffes
- Impfdatum
- Krankheit, gegen die geimpft wurde
- Arztunterschrift plus Stempel

*(Siehe auch Rückseite und \*Erläuterungen. Wenn diese Angaben nicht vollständig oder eindeutig dokumentiert sind, ist eine ärztliche Bescheinigung erforderlich.)*

Unterschrift/ Funktion/ Stempel

\* Erläuterung:

STIKO – Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (1. Impfung frühestens ab 9/11. - 14. Lebensmonat; 2. Impfung frühestens nach einem Monat nach 1. Impfung i. d. R. 15. – 23. Lebensmonat)

Nach § 20 Abs. 8 Satz 2 Infektionsschutzgesetz besteht ein ausreichender Impfschutz, wenn ab Vollendung des ersten Lebensjahres mindestens eine Impfung und ab Vollendung des zweiten Lebensjahres mindestens zwei Impfungen durchgeführt wurden. Es liegt ein ausreichender Schutz erst nach zweimaliger Impfung vor.

Weitere FAQ zum Masernschutz bzw. zu Fragen im Zusammenhang mit den Impfungen sind zu finden unter

[https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/MMR/FAQ\\_Uebersicht\\_MSG.html;jsessionid=22D077C9B414B0541E5E586290D958CA.internet062?nn=2375548](https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/MMR/FAQ_Uebersicht_MSG.html;jsessionid=22D077C9B414B0541E5E586290D958CA.internet062?nn=2375548)

**Impfungen für Säuglinge und Kinder:**  
Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes in die entsprechende Spalte eintragen bzw. Vignette einkleben; **entsprechende Impfung ankreuzen.**

Datum Date	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette) Manufacturer and batch no. of vaccine Fabricant du vaccin et numéro du lot	Tetanus Tétanos	Diphtherie Diphthérie	Pertussis Péroussis	Polio Polio
<b>Beispiel neuer Impfpass</b>					

6

Vaccinations for infants and children: Please enter the name of vaccine and the batch no. into the corresponding column; stick in the vignette; **mark with a cross the respective vaccination.**  
Vaccinations pour l'âge de nourrissons et enfants: Inscrivez le nom du vaccin ainsi que le numéro du lot dans la colonne correspondante; collez la vignette; **marquez d'une croix la vaccination respective.**

Hib (Haemophilus influenzae b)	Hepatitis B Hépatite B	Masern, Mumps, Röteln (MMR)	Meningokokken Méningocoques	Pneumokokken Pneumocoques	Rotavirus Rotavirus	Influenza Influenza	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin
		1. ↓ <b>X</b>					2. → <b>Stempel Unterschrift</b>
		1. ↓ <b>X</b>					2. → <b>Stempel Unterschrift</b>

7

**Bescheinigung über Impfungen gegen:**  
Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes in die entsprechende Spalte eintragen bzw. Vignette einkleben; **entsprechende Impfung ankreuzen.**

Datum Date	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette) Manufacturer and batch no. of vaccine Fabricant du vaccin et numéro du lot	Tetanus Tétanos	Diphtherie Diphthérie	Polio Polio
<b>Beispiel älterer Impfpass</b>				

4

Certificate of vaccinations against: Please enter the name of vaccine and the batch no. into the corresponding column; stick in the vignette; **mark with a cross the respective vaccination.**  
Certificat de vaccinations contre: Inscrivez le nom du vaccin ainsi que le numéro du lot dans la colonne correspondante; collez la vignette; **marquez d'une croix la vaccination respective.**

Pertussis Coqueluche	Haemophilus influenzae b (Hib)	Hepatitis B Hépatite B	Polio Polio	Masern Messes Rougeole	Oralions Oralions	Polio Polio	Polio Polio	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin
				1. ↓ <b>X</b>				2. → <b>Stempel Unterschrift</b>
				1. ↓ <b>X</b>				2. → <b>Stempel Unterschrift</b>

5