**Dokumentationsbogen zur Vorlage eines Nachweises über einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern, einer Immunität gegen Masern bzw. einer medizinischen Kontraindikation zur Durchführung von Impfungen gemäß §20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

**Für**

Name Vorname Geb. Datum

[ ]  Human.-Med. [ ]  Zahn.-Med. [ ]  PJ [ ]  Mol.-Med.

[ ]  Ein ausreichender Impfschutz gegen Masern ist vorhanden (bei mindestens zwei durchgeführten Impfungen).

[ ]  Es besteht Immunität gegen Masern (bei schützendem Antikörperspiegel im Blut).

[ ]  Es besteht eine medizinische Kontraindikation (bis \_\_\_\_\_\_\_/dauerhaft) zur Durchführung einer Masern-Mumps-Röteln-Impfung.

 (Nachverfolgung nicht mehr über Arbeitsmedizin**)**

[ ]  Der Impfschutz gegen Masern ist derzeit **nicht** ausreichend.

(Nachverfolgung nicht mehr über Arbeitsmedizin**)**

[ ]  Der Impfschutz gegen Masern ist **nicht** beurteilbar.

(Nachverfolgung nicht mehr über Arbeitsmedizin**)**

[ ]  Es wurde **kein Nachweis** vorgelegt.

(Nachverfolgung nicht mehr über Arbeitsmedizin**)**

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

 Unterschrift / Stempel