

Landratsamt Amberg-Sulzbach
Gesundheitsamt
Telefon: 09621/39-7600
gesundheitsamt@amberg-sulzbach.de



Kontakt und Öffnungszeiten

Dienstgebäude:
Adalbert-Stifter-Straße 18, 92224 Amberg

Nachweis über einen ausreichenden Masernschutz

gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) für Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 IfSG

Dieser Assistent hilft Ihnen dabei, in wenigen kurzen Schritten eine komplette und korrekte Meldung zu erstellen.

Hinweis:

Es sind keine Unterlagen notwendig.

Identitätsprüfer	Vertrauensniveau der Authentifizierung
------------------	--

Einrichtung

Name der Einrichtung			
Straße		Hausnummer	
PLZ	Ort		
Telefon		E-Mail	

Ansprechpartner in der Einrichtung

Name		Vorname	
Telefon		E-Mail	

Art der Einrichtungen gem. § 23 Abs. 3 Satz 1 IfSG

Bitte Zutreffendes ankreuzen

<input type="checkbox"/> Krankenhäuser
<input type="checkbox"/> Einrichtungen für ambulantes Operieren
<input type="checkbox"/> Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt.
<input type="checkbox"/> Dialyseeinrichtungen
<input type="checkbox"/> Tageskliniken
<input type="checkbox"/> Entbindungseinrichtungen
<input type="checkbox"/> Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den oben genannten Einrichtungen vergleichbar sind

<input type="checkbox"/> Arztpraxen, Zahnarztpraxen

<input type="checkbox"/> Betriebsärztliche Versorgung	<input type="checkbox"/> Zahnärztliche Versorgung
<input type="checkbox"/> Hausärztliche Versorgung	<input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> Fachärztliche Versorgung	

<input type="checkbox"/> Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe

<input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in	<input type="checkbox"/> Orthoptist/in
<input type="checkbox"/> Logopäde/in	<input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in

<input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in	<input type="checkbox"/> Psychotherapeut/in
<input type="checkbox"/> Hebammen/Entbindungspfleger	<input type="checkbox"/> Podologe/in
<input type="checkbox"/> Diätassistent/in	<input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> Masseur/in und medizinische Bademeister/in	

<input type="checkbox"/> Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden
<input type="checkbox"/> ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen
<input type="checkbox"/> Rettungsdienste

Angaben zur Person

Name	Vorname
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angabe	Geburtsdatum
Telefon	
E-Mail	

Anschrift der Hauptwohnung oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes

Straße		Hausnummer
Postleitzahl	Ort	

falls abweichend: Anschrift des derzeitigen Aufenthaltsorts

Straße	Hausnummer
--------	------------

Postleitzahl	Ort
--------------	-----

ggf. Name und Anschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s

Straße		Hausnummer
Postleitzahl	Ort	

1. Für die Person sind die Anforderungen zum Masernschutz erfüllt (gilt nur für Neukräfte und Bestandsfälle)

<input type="checkbox"/> Kein Nachweis erforderlich, da die Person vor dem 01.01.1971 geboren wurde.		
<input type="checkbox"/> Nachweis über 2 Masernimpfungen vorgelegt.		
<input type="checkbox"/> Ärztliches Zeugnis über eine Immunität gegen Masern vorgelegt.		
<input type="checkbox"/> Ärztliches Zeugnis über eine dauerhafte oder vorübergehende medizinische Kontraindikation ⁶ , aufgrund derer eine Masernschutzimpfung (derzeit) nicht möglich ist, vorgelegt		
<input type="checkbox"/> Der Grund der vorübergehenden Kontraindikation ist weggefallen. Ein Nachweis über die Erlangung/Vervollständigung des Masernimpfschutzes wurde spätestens ein Monat nach Ablauf der Gültigkeit des Nachweises vorgelegt.		
<table border="1"> <tr> <td>Wegfall am</td> <td>vorgelegt am</td> </tr> </table>	Wegfall am	vorgelegt am
Wegfall am	vorgelegt am	

<input type="checkbox"/> Bestätigung einer staatlichen Stelle oder einer anderen Einrichtung vorgelegt, dass eine ärztliche Bescheinigung über einen vollständigen Impfschutz, Immunität oder dauerhafte Kontraindikation bereits vorgelegt wurde.
--

Eine Meldung an das zuständige Gesundheitsamt ist in den genannten Fällen nicht erforderlich.

2. Für die Person sind die Anforderungen zum Masernschutz nicht erfüllt (gilt für Neukräfte)

<input type="checkbox"/> Es konnte keiner der im vorstehenden Feld aufgeführten, erforderlichen Nachweise erbracht werden.
--

Oben genannte Person kann deswegen nicht in der Einrichtung tätig werden. Es bedarf daneben keiner Meldung an das Gesundheitsamt.

3. Für die Person erfolgt eine Meldung an das Gesundheitsamt (gilt nur für Bestandsfälle)

<input type="checkbox"/> Es wurde bis einschließlich 31.07.2022 ⁸ kein erforderlicher Nachweis erbracht.	
<input type="checkbox"/> Eine Meldung an das zuständige Gesundheitsamt ² erfolgte	am

4. Für die Person erfolgt eine Meldung an das Gesundheitsamt (gilt nur für Neukräfte und Bestandsfälle)

<input type="checkbox"/> Es wurde ein Nachweis vorgelegt. Diesbezüglich bestehen jedoch folgende Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit ⁹ :	
<input type="checkbox"/> Es wurde kein Nachweis erbracht. Die Tätigkeit wurde aber aufgenommen, da zu diesem Zeitpunkt eine Ausnahme der obersten Landesbehörde wegen eines Lieferengpasses von allen Impfstoffen mit einer Masernkomponente galt.	
<input type="checkbox"/> Eine vorübergehende medizinische Kontraindikation ist entfallen. Trotz Aufforderung der Einrichtung wurde ein Nachweis über einen vollständigen Masernimpfschutz, ein ärztliches Zeugnis über eine Immunität gegen Masern oder über eine weitere/fortbestehende medizinischen Kontraindikation nicht innerhalb eines Monats vorgelegt.	Entfallen am
<input type="checkbox"/> Eine Meldung an das zuständige Gesundheitsamt ² erfolgte	am

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner gemachten Angaben

Ort	Datum
Unterschrift Antragsteller	