

Benachrichtigung nach § 20 IfSG -

Gesundheitsamt Fax-Nr.: 069/212-45073



Meldende Einrichtung		Meldedatum:	
Meldende Person			
Adresse		Telefon	Fax
<input type="checkbox"/> Krippe	<input type="checkbox"/> Kindergarten	<input type="checkbox"/> Kinderhort	<input type="checkbox"/> Schule
		<input type="checkbox"/> Kinderheim	

Betroffene Person: Name, Vorname, Geb. Datum		
Ggf. Name der/des Erziehungsberechtigten		
Adresse	Telefon	E-Mail
<input type="checkbox"/> Kind		
<input type="checkbox"/> Personal (Funktion?):		

- O.g. hat keinen Nachweis über eine Immunität gegen Masern gemäß §20 Abs. 9 Satz 1 IfSG vorgelegt.
- Wir bitten um Überprüfung des beigefügten ärztlichen Attests auf Plausibilität.

Weitere Hinweise

Datum, Unterschrift