

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: _____

Datum / Unterschrift
Leitung:

Datum / Unterschrift
Zeuge:
