

## Dokumentation der Nachweispflicht nach § 20 Infektionsschutzgesetz zum Masernschutz

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

- Die oben genannte Person ist **vor** dem 31.12.1970 geboren worden.  
Der § 20 Abs.9 IfGS findet keine Anwendung.
- 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/ 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 besteht ein ausreichender Impfschutz, wenn ab Vollendung des ersten Lebensjahres mindestens eine Impfung und ab Vollendung des zweiten Lebensjahres mindestens zwei Impfungen durchgeführt wurden.

**Impfungen für Säuglinge und Kinder:**  
Herstellername und Chargennummer des Impfstoffes in die entsprechende Spalte  
eintragen bzw. Vignette ankleben, **entsprechende Impfung ankreuzen.**

Datum Date	Herstellername und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette) Manufacturers and batch no. of vaccine Fabricant et numéro du lot	Rotavirus	Leptotriple	Poliovirus	Poliovirus/
---------------	--	-----------	-------------	------------	-------------

**Beispiel  
neuer Impfpass**

6

**Vaccinations for infants and children:** Please enter the name of vaccine and the batch no. into the corresponding column. Also in the vignette mark with a cross the respective vaccination.  
Vaccinations pour les enfants: insérez le nom du vaccin dans la colonne correspondante, collez la vignette, marquez d'une croix la vaccination respective.

Rotavirus Rotavirus	Leptotriple Leptotriple	Poliovirus Poliovirus	Poliovirus/ Poliovirus	Leptotriple Leptotriple	Poliovirus Poliovirus	Herstellername und Chargennummer des Impfstoffes Signature and name of physician Signature et nom du médecin
------------------------	----------------------------	--------------------------	---------------------------	----------------------------	--------------------------	---

**Measles, Mumps  
Röteln (MMR)**

1. ↓
2. → **Stempel  
Unterschrift**
1. ↓
2. → **Stempel  
Unterschrift**

7

**Bereitigung eines Impfpasses:**  
Herstellername und Chargennummer des Impfstoffes in die entsprechende Spalte  
eintragen bzw. Vignette ankleben, **entsprechende Impfung ankreuzen.**

Datum Date	Herstellername und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette) Manufacturers and batch no. of vaccine Fabricant et numéro du lot	Rotavirus Rotavirus	Leptotriple Leptotriple	Poliovirus Poliovirus	Poliovirus/ Poliovirus
---------------	--	------------------------	----------------------------	--------------------------	---------------------------

**Beispiel  
älterer Impfpass**

4

**Preparation of a vaccination pass:** Please enter the name of vaccine and the batch no. into the corresponding column. Also in the vignette mark with a cross the respective vaccination.  
Préparation d'un livret de vaccination: insérez le nom du vaccin dans la colonne correspondante, collez la vignette, marquez d'une croix la vaccination respective.

Rotavirus Rotavirus	Leptotriple Leptotriple	Poliovirus Poliovirus	Poliovirus/ Poliovirus	Leptotriple Leptotriple	Poliovirus Poliovirus	Herstellername und Chargennummer des Impfstoffes Signature and name of physician Signature et nom du médecin
------------------------	----------------------------	--------------------------	---------------------------	----------------------------	--------------------------	---

**MMR  
Measles  
Mumps  
Röteln**

1. ↓
2. → **Stempel  
Unterschrift**
1. ↓
2. → **Stempel  
Unterschrift**

5

Quelle: Impfpass Internationales Grünes Kreuz, Erläuterungen mit Genehmigung Gesundheitsministerium Rheinland-Pfalz