

Dieses Formular bitte vollständig ausfüllen und per Telefax oder per Post zusenden.

## Benachrichtigung über einen nicht vorgelegten Nachweis eines ausreichenden Impfschutzes gegen Masern gemäß § 20 Absatz 9 Satz 4 Infektionsschutzgesetz

### Benachrichtigung an:

Gesundheitsamt Bremen  
Referat Infektionsepidemiologie  
Horner Str. 60-70, 28203 Bremen

**Fax: 496 - 15918**

E-Mail: [masernschutz@gesundheitsamt.bremen.de](mailto:masernschutz@gesundheitsamt.bremen.de)

### Meldende Einrichtung:

Krippe  Kita  Hort  Schule

Krankenhaus  Praxis  Wohnheim

Ambulante Pflege  Rettungsdienst

Sonstige \_\_\_\_\_

Name der  
Einrichtung \_\_\_\_\_

Adresse der  
Einrichtung \_\_\_\_\_

Träger der  
Einrichtung \_\_\_\_\_

meldende Person \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

### Die Benachrichtigung betrifft

- Personal der Einrichtung
- Bewerberinnen und Bewerber
- Personal eines extern Dienstleisters
- Bewohner
- Betreutes Kind
- Schüler/Schülerin

### Angaben zu den betroffenen Personen

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Aufforderung zum Nachweis am: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_

Strasse, Hausnummer \_\_\_\_\_

Kontraindikation:  ja  nein  nicht bekannt

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  männlich  weiblich  divers

1-malige Impfung:  ja  nein  nicht bekannt

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Aufforderung zum Nachweis am: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_

Strasse, Hausnummer \_\_\_\_\_

Kontraindikation:  ja  nein  nicht bekannt

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  männlich  weiblich  divers

1-malige Impfung:  ja  nein  nicht bekannt

### Weitere betroffene Personen bitte auf einem Extrablatt vollständig auflisten!

Wir bitten um Rückruf des Gesundheitsamtes unter der Nummer \_\_\_\_\_