**Übersichtsliste für Gruppen, Klassen oder Mitarbeiter**zur gesammelten Dokumentation der Überprüfung des ausreichenden, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG genügenden Masernschutzes der Betreuten und Mitarbeitenden.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gruppe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Klasse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Mitarbeitende** | |  |  |  |  |
| **Nachname** | **Vorname** | **Impfschutz/Immunität vorhanden** | | **2. Impfung nachzuholen bis** (für <2-Jährige) | **Immunisierung ist dauerhaft**  **nicht möglich** | **Datum der Überprüfung** | **Prüfender** (Initialen o.ä.) |
| **Ja** | **Nein** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Name** | **Vorname** | **Impfschutz/Immunität vorhanden** | | **2. Impfung nachzuholen bis** (für <2-Jährige) | **Immunisierung dauerhaft**  **nicht möglich** | **Datum der Überprüfung** | **Prüfender** (Initialen o.ä.) |
| **Ja** | **Nein** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Name** | **Vorname** | **Impfschutz/Immunität vorhanden** | | **2. Impfung nachzuholen bis** (für <2-Jährige) | **Immunisierung dauerhaft**  **nicht möglich** | **Datum der Überprüfung** | **Prüfender** (Initialen o.ä.) |
| **Ja** | **Nein** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |