

Gesundheitsamt

der Stadt Darmstadt und des Landkreises Darmstadt-Dieburg

**Meldung nach § 20 Abs. 9 IfSG an das Gesundheitsamt von
BESCHÄFTIGTEN, die in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis
4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 tätig sind**

Name der meldenden Einrichtung: _____

Ansprechpartner: _____

Telefonnummer/ Email: _____

Name der zu meldenden Person

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

es wurde kein Impfpass/Nachweis vorgelegt

Es liegt:

- keine Masernimpfung vor
- nur 1 Masernimpfung vor
- ein Immunitätsnachweis vor *(der nur als Auftrag zur Überprüfung mitgeschickt werden muss, wenn eine Bewertung durch Sie nicht möglich ist)*
- eine Impfunfähigkeitsbescheinigung vor *(die nur als Auftrag zur Überprüfung mitgeschickt werden muss, wenn eine Bewertung durch Sie nicht möglich ist)*

E-Mail: masernschutzgesetz@gesundheitsamt-dadi.de

FAX: 06151-319134