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**				