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				
					☐		
					☐		
					☐		
					☐		
					☐		
					☐		
					☐		
					☐		
					☐		
					☐		
					☐		
					☐		
					☐		
					☐		