

**Meldung nach § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) von  
Einrichtungen nach § 33 Nr. 1-3 an das zuständige Gesundheitsamt**

**Meldende Einrichtung:**

Name der Einrichtung	
Name, Vorname der Einrichtungsleitung	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Ort
Erreichbarkeit (Telefon)	E-Mail-Adresse

**Zu meldende betreute Person:**

Name, Vorname	
Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)	
Name(n), Vorname(n) Sorgeberechtigte(n)	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Ort
Erreichbarkeit (Telefon)	E-Mail-Adresse

Der Nachweis über einen ausreichenden Masernschutz wurde nicht fristgerecht vorgelegt.

Die zu meldende betreute Person/ deren Sorgeberechtigte wurde/n darüber unterrichtet, dass die Leitung der Einrichtung aufgrund fehlender ärztlicher Zeugnisse oder Nachweise personenbezogene Daten an das zuständige Gesundheitsamt übermittelt.

Ort, Datum

Unterschrift Leiterin / Leiter der  
Einrichtung

Stempel der Einrichtung