

Nachweis gemäß § 20a Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Bei Minderjährigen Name der Erziehungsberechtigten	
Adresse:	Erreichbarkeit (Telefon, etc.):

Die o.g. Person hat am ____ . ____ . ____ Folgendes vorgelegt:

<input type="checkbox"/> Immunitätsnachweis durch Impfnachweis nach § 2 Nr. 3 SchAusnahmV* über <input type="checkbox"/> COVID-19-Grundimmunisierung, abgeschlossen am: ____ . ____ . ____ <input type="checkbox"/> COVID-19-Auffrischimpfung, erfolgt am: ____ . ____ . ____ Nachweis durch: <input type="checkbox"/> Impfausweis <input type="checkbox"/> digitales Impfzertifikat <input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung <input type="checkbox"/> Bescheinigung Behörde/Einrichtung
<input type="checkbox"/> Immunitätsnachweis durch Genesenennachweis nach § 2 Nr. 5 SchAusnahmV gültig von ____ . ____ . ____ bis: ____ . ____ . ____
<input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung über eine dauerhafte medizinische Kontraindikation, aufgrund derer eine COVID-19 -Impfung nicht gegeben werden darf.
<input type="checkbox"/> Bescheinigung einer Behörde oder einer anderen Einrichtung, dass eine ärztliche Bescheinigung über Immunität oder Kontraindikation bereits vorgelegt wurde.

* COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung des Bundes

Soweit der vorgelegte Immunitätsnachweis aufgrund des Zeitablaufes seine Gültigkeit verliert:

Für o.g. Person wurde der Immunitätsnachweis erneut vorgelegt / verlängert:

	Art des Immunitätsnachweises	Vorgelegt am	Gültig bis**
1. Neuvorlage/ Verlängerung			
2. Neuvorlage/ Verlängerung			
3. Neuvorlage/ Verlängerung			

** nach den jeweils geltenden Vorgaben

Für o.g. Person konnte § 20a IfSG **NICHT** als erfüllt anerkannt werden.

<input type="checkbox"/> Es wurde keiner der oben aufgeführten Nachweise vorgelegt. <input type="checkbox"/> Die vorgelegten Nachweise waren nicht eindeutig. <input type="checkbox"/> Es bestehen Zweifel an der Echtheit oder der inhaltlichen Richtigkeit des vorgelegten Nachweises

Eine Meldung erfolgte an das zuständige Gesundheitsamt am: ____ . ____ . ____

Kommentare:

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel