**Meldung gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz an das Gesundheitsamt**

**Meldende Einrichtung:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Einrichtung | |
| Name, Vorname der Einrichtungsleitung | |
| Straße, Hausnummer | |
| Postleitzahl | Ort |
| Telefonnummer | |

**Zu meldende:**

betreute Person oder  tätige / beschäftigte Person

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname | |
| Geschlecht (w/m/d) | Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr) |
| Name(n), Vorname(n) Sorgeberechtigte(n) | |
| **Kontakt:** | |
| Straße, Hausnummer | |
| Postleitzahl | Ort |
| Telefonnummer (soweit vorliegend) | E-Mail-Adresse (soweit vorliegend) |

Der Masernschutzstatus wurde nicht fristgerecht nachgewiesen.

Stempel der Einrichtung

Ort, Datum

Unterschrift Leiterin / Leiter der Einrichtung