

Name der Einrichtung, vollständige Anschrift
Grundschule Markersdorf
Kirchstraße 49
02829 Markersdorf

Anschrift zuständiges Gesundheitsamt,
siehe <https://www.gesunde.sachsen.de/6849.html>
per Post

Landkreis Görlitz/Gesundheitsamt
Reichertstraße 112
02826 Görlitz

**Dokumentation der Prüfung des Nachweises zum Masernschutz bzw. einer Kontraindikation
auf Grundlage § 20 Abs. 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)
zur Vorlage bei der Leitung¹ der Einrichtung bzw. zur Meldung an das Gesundheitsamt**

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____

bei Minderjährigen - Daten des Sorgeberechtigten:

Name: _____ Vorname: _____

Die Angabe eines Elternteils bzw. Sorgeberechtigten ist ausreichend.

Anschrift:

Straße: _____ Hausnr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Kontaktmöglichkeiten:

Telefon*: _____ E-Mail*: _____

*Angabe freiwillig

hat den Nachweis nach § 20 Abs. 9 IfSG

erbracht.

nicht erbracht. (Das Formular ist unverzüglich durch den Prüfenden an das zuständige
Gesundheitsamt zu senden.)

Ort, Datum

(Name Prüfender)
Unterschrift

¹ Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten unabhängig von ihrem grammatikalischen
Geschlecht für Personen aller Geschlechter.

