

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

(Stand 11.02.2020)

**Meldende Einrichtung:**

Name der Einrichtung
Name, Vorname der Einrichtungsleitung
Straße, Hausnummer
Postleitzahl/Ort
Telefonnummer:

**Zu meldendes Kind/ zu meldende tätige oder beschäftigte Person:**

Name, Vorname des Kindes / der tätigen / beschäftigten Person
Namen, Vornamen der Sorgeberechtigten
Straße, Hausnummer
Postleitzahl/Ort
Telefonnummer: _____
Handynummer:

Der Masernschutzstatus wurde nicht fristgerecht nachgewiesen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Leiterin oder des Leiters  
der Einrichtung

Stempel der Einrichtung