

Dokumentation zum Impfstatus/Impfschutz durch Ihren behandelnden Arzt

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Adresse: _____

Tetanus/ Diphtherie/ Polio/ Pertussis

-
- dokumentierte Impfung in den letzten 10 Jahren am: _____

Masern/ Mumps/ Röteln

-
- zwei Impfungen gegen MMR sind erfolgt
- oder**
-
-
- serologischer Immunitätsnachweis liegt vor gegen
-
-
- Masern
-
-
- Mumps
-
-
- Röteln

Windpocken

-
- zwei Impfungen gegen Windpocken sind erfolgt
- oder**
-
-
- sichere Windpockenerkrankung in der Anamnese
- oder**
-
-
- serologischer Immunitätsnachweis liegt vor

Hepatitis- Impfung

-
- Hepatitis B
-
-
- dokumentierte vollständige Grundimmunisierung
- und**
-
-
- Anti HBs
- ≥ 100
- U/l am _____
-
-
- Hepatitis A
-
-
- dokumentierte vollständige Grundimmunisierung
- oder**
-
-
- serologischer Immunitätsnachweis liegt vor

SARS-CoV-2

-
- Nachweis einer
- vollständigen Schutzimpfung**
- gem. §2 Nummer 3 COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung (SchAusnahmV), §20a IfSG (Immunitätsnachweis gegen COVID-19) sowie ggfs. zusätzliche Impfdosis/Impfdosen als Auffrischungsimpfung/en. (Zulassungsinhaber gem. Paul-Ehrlich-Institut: BioNTech / Moderna / AstraZeneca / Janssen-Cilag / Novavax)

Datum der Schutzimpfung(en) / Auffrischungsimpfung(en)	Anzahl der Impfungen	Handelsname*
	1. Impfung	
	2. Impfung	
	3. Impfung	
	4. Impfung	
	5. Impfung	

* Comirnaty/Spikevax/Vaxzervia/CoVid-19 Vaccine Janssen/Nuvaxovid

vollständiger Impfschutz ab/seit: _____

oder

- Nachweis einer **vollständigen Schutzimpfung** gem. §2 Nummer 3 COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung (SchAusnahmV), §20a IfSG (Immunitätsnachweis gegen COVID-19) sowie ggfs. zusätzliche Impfdosis/Impfdosen als Auffrischungsimpfung/en **mit anderem Impfstoff** gem. Paul-Ehrlich-Institut

(<https://www.pei.de/DE/arzneimittel/impfstoffe/covid-19/covid-19-node.html;jsessionid=16B805AC7912E54398C40B61354BC2C6.intranet211>)

(Handelsname: _____ /

Anzahl d. Schutzimpfung(en) / Auffrischungsimpfung(en): _____ / _____)

vollständiger Impfschutz ab/seit: _____

oder

- Genesenennachweis** i.S.v. §2 Nummer 5 COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung (SchAusnahmV), §20a IfSG (Immunitätsnachweis gegen COVID-19) **in Kombination mit einem Nachweis einer vollständigen Schutzimpfung** gem. §2 Nummer 3 COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung (SchAusnahmV), §20a IfSG (Immunitätsnachweis gegen COVID-19) sowie ggfs. zusätzliche Impfdosis/Impfdosen als Auffrischungsimpfung/en

Positiver SARS-CoV-2-PCR-Nachweis vom: _____

Genesenenstatus bis: _____

Datum der Schutzimpfung(en) / Auffrischungsimpfung(en)	Anzahl der Impfungen	Handelsname*
	1. Impfung	
	2. Impfung	
	3. Impfung	
	4. Impfung	
	5. Impfung	

* Comirnaty/Spikevax/Vaxzervia/CoVid-19 Vaccine Janssen/Nuvaxovid

oder

- Es existiert ein ärztliches Zeugnis, (Nachweis bitte beifügen), welches bestätigt, dass die o.g. Person auf Grund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden kann (§20a Satz 2 IfSG).**

Bemerkungen: -----

Ort, Datum Stempel und Unterschrift des Arztes