

Impfberatungsnachweis

Dokumentationshilfe zur Erfüllung der Masernschutznachweispflicht gemäß § 20 Abs. 9 IfSG

Ich habe heute die nachstehend benannte, nachweispflichtige Person ärztlich untersucht und mit ihr (bzw. ihrer Vertretung) ein ärztliches Beratungsgespräch zum Masernschutz geführt:

Nachweispflichtige, beratene Person

Geburtsdatum

--	--	--

Falls zuständig: Gesetzliche oder bevollmächtigte Vertretungsperson

--

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

--	--	--	--

Ergebnis der Untersuchung und Beratung (auszufüllen durch Arzt / Praxis)

1. **Nachweis(e)** über __ Masernimpfung(en) ☐ liegen vor / ☐ liegen nicht vor.

2. Nach erfolgter ärztlicher Aufklärung erklärte die o.g. beratene Person, dass eine

(a) **Masernimpfung** derzeit ☐ gewünscht / ☐ abgelehnt wird

(b) **Rötelnimpfung** derzeit ☐ gewünscht / ☐ abgelehnt wird, und

(c) **Mumpsimpfung** derzeit ☐ gewünscht / ☐ abgelehnt wird und

(d) **Varizellenimpfung** derzeit ☐ gewünscht / ☐ abgelehnt wird.

Sie darf damit gemäß § 223 StGB (Körperverletzung) bzw. § 1832 BGB (Einwilligung des Betreuers), und Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG (Unversehrtheit, Selbstbestimmung) sowie Berufsordnung der Ärztekammer ☐ geimpft / ☐ nicht geimpft werden.

Hinweis:

Die Bescheinigung enthält ausschließlich dokumentierte Inhalte des ärztlichen Beratungs- und Entscheidungsprozesses. Die vorstehenden Einschätzungen erfolgen auf Grundlage der verfügbaren medizinischen Erkenntnisse sowie der konkreten Angaben des Patienten bzw. dessen Vertreters.

Beratender Arzt:

Beratene Person:

Ort, Datum:

Stempel

Ort, Datum:

--	--	--

Die Inhalte dieses Dokuments unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind vertraulich. Das Dokument und/oder seine Inhalte dürfen nicht ohne schriftliche Zustimmung der beratenen Person an Dritte weitergegeben werden.