



## Masernprävention in der Schule

### Bestätigung durch die Erziehungsverantwortlichen

Bitte dieses Formular ausfüllen und der Klassenlehrperson abgeben.

Wir haben von den Informationen über die Masernprävention in der Schule Kenntnis genommen.

Name der Erziehungsverantwortlichen: \_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

- Unser Kind ist mit zwei Dosen gegen Masern geimpft
- Unser Kind hat Masern bereits gehabt
- Unser Kind ist nicht oder ungenügend gegen Masern geimpft. Wir lassen die Impfung in den nächsten Tagen durchführen
- Unser Kind kann / darf aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden (ärztliche Bescheinigung)
- Unser Kind ist nicht geimpft und wir möchten die Impfung auch nicht vornehmen lassen. Wir haben vom Vorgehen im Fall einer Masernerkrankung in der Schule Kenntnis genommen

Die erhobenen Daten sind vertraulich (für die Bekanntgabe besteht kein gesetzlicher Zwang). Sie werden an einem sicheren Ort aufbewahrt (Dossier des Kindes) und den Gesundheitsbehörden im Bedarfsfall bei einem Masernausbruch zur Verfügung gestellt.

Ort und Datum

Unterschrift

---