

<input type="checkbox"/> 2. Voll- oder teilstationären Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen oder vergleichbaren Einrichtungen gem. § 20a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 IfSG	
<input type="checkbox"/> a) Voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen z.B. gemäß § 72 des Elften Sozialgesetzbuch	<input type="checkbox"/> b) Andere Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sowie andere vergleichbare tagesstrukturierende Angebote (z. B. Tagesförderstätten)
<input type="checkbox"/> c) Vollstationäre Einrichtungen (z. B. betreute Wohngruppen und Wohneinrichtungen) für Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene mit Behinderungen und teilstationäre Einrichtungen (z. B. Heilpädagogische Tagesstätten, heilpädagogische Kindertagesstätten) für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen.	<input type="checkbox"/> d) Sonstige

<input type="checkbox"/> 3. Ambulante Pflegedienste und weitere Unternehmen, die den in Nummer 2 genannten Einrichtungen vergleichbare Dienstleistungen im ambulanten Bereich anbieten, gem. § 20a Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 IfSG	
<input type="checkbox"/> a) Ambulante Pflegeeinrichtungen gemäß § 72 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder § 132a fünftes Sozialgesetzbuch sowie Einzelpersonen gemäß § 77 des Elften Buches Sozialgesetzbuch außerhalb der ambulanten Intensivpflege	<input type="checkbox"/> b) Ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen
<input type="checkbox"/> c) Unternehmen, die Assistenzleistungen nach § 78 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erbringen	<input type="checkbox"/> d) Unternehmen, die Leistungen der interdisziplinären Früherkennung und Frühförderung nach § 42 Absatz 2 Nr. 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch und § 46 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit der Frühförderungsverordnung oder heilpädagogische Leistungen nach § 79 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erbringen
<input type="checkbox"/> e) Beförderungsdienste, die für Einrichtungen nach Nummer 2 dort behandelte, betreute, gepflegte oder untergebrachte Personen befördern oder die Leistungen nach § 83 Abs. 1 Nr. 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erbringen einschl. Fahrdienste für die Tagespflege nach § 41 SGB XI	<input type="checkbox"/> f) Leistungsberechtigte, die im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch Personen für die Erbringung entsprechender Dienstleistungen beschäftigen

Hinweise zur Meldung:

Örtlich zuständig ist das Gesundheitsamt, in dessen Zuständigkeitsbezirk (in aller Regel der Landkreis, bzw. der Stadtkreis einer kreisfreien Stadt mit eigenem Gesundheitsamt) die Einrichtung oder das Unternehmen tätig ist. Der (Haupt-)Sitz eines ggf. übergeordneten Trägers oder Konzerns ist hierbei nicht von Bedeutung. Bei Einrichtungen und Unternehmen mit Betriebsstätten in verschiedenen Land- oder Stadtkreisen sind getrennte Meldungen an das jeweils zuständige Gesundheitsamt zu senden.

Für Personen, die ab dem 16. März 2022 eine Tätigkeit neu aufnehmen wollen (Neukräfte), gilt bei Nichtvorlage eines Nachweises gemäß § 20a Abs. 3 Satz 4 und 5 IfSG ein unmittelbares gesetzliches Beschäftigungs- und Tätigkeitsverbot. Eine Meldung an das Gesundheitsamt ist in diesem Fall nicht erforderlich.

Übersicht der namentlichen Meldungen des Unternehmens / der Einrichtung

Bei Bedarf diesen Vordruck kopieren und Liste fortführen

Bitte Anlage für jede einzelne Person ausgefüllt beilegen

Anlage	Name	Vorname	Geburtsdatum
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel Einrichtung/Unternehmen

Anlage: _____

Name, Vorname		Geschlecht (m/w/d):	Geburtsdatum:
Anschrift (der Hauptwohnung oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes)			
falls abweichend: Anschrift des derzeitigen Aufenthaltsorts			
ggf. Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters			
Telefon (soweit vorliegend)		E-Mail (soweit vorliegend)	

- Nachweis wurde nicht erbracht.**
- Es bestehen Zweifel an der Echtheit des Nachweises (hierzu bitte Begründung im nächsten Feld).**
 - Impfnachweis im Sinne von § 20a Abs. 2 Satz 1
 - Genesenennachweis im Sinne von § 20a Abs. 2 Satz 1
 - Ärztliche Bescheinigung, dass eine medizinische Kontraindikation besteht, aufgrund derer eine Impfung gegen COVID-19 nicht gegeben werden darf im Sinne von § 20a Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 IfSG
- Früher vorgelegter Nachweis hat zum _____ (Datum) aufgrund Zeitablaufs seine Gültigkeit verloren und es wurde binnen eines Monats kein neuer Nachweis erbracht.**

Bei Zweifeln an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit des Nachweises, erläutern Sie bitte kurz die Gründe:

Tätigkeitsmerkmale der gemeldeten Person (freiwillige Angaben)

Unmittelbarer, regelmäßiger Kontakt mit

- immunsupprimierten Personen
- Patientinnen und Patienten in intensivmedizinischer Behandlung
- Personen in der Intensivpflege
- Bewohnerinnen und Bewohner von Senioren-Altenpflegeheimen

Tätigkeit der Person hat Auswirkungen

- unmittelbar auf die Versorgungssituation z.B. als medizinisches oder pflegerisches Fachpersonal
- mittelbar auf die Versorgungssituation z.B. als Unterstützungs- oder Assistenzkraft
- auf den Betrieb der Einrichtung (Technik-, Verwaltungs- und Hauswirtschaftspersonal)

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel Einrichtung/Unternehmen