

Ersatzmeldung gemäß § 20a Infektionsschutzgesetz (IfSG) an das örtlich zuständige Gesundheitsamt durch die Unternehmens- / Einrichtungsleitung

Bitte beachten Sie, dass die papiergebundene Ersatzmeldung nur in den Fällen erfolgen soll, in denen die digitale Meldung über das bayernweite Meldeportal (**QR-Code und URL-Code wird noch ergänzt**) zur einrichtungsbezogenen Impfpflicht aufgrund fehlender technischer Ausstattung oder technischer Störungen nicht möglich ist.

| | |
|--|---|
| Name der Einrichtung oder des Unternehmens, wenn vorhanden Name der betroffenen Betriebsstätte | |
| | |
| Anschrift der Einrichtung oder des Unternehmens, bzw. der Betriebsstätte | |
| | |
| Telefon | E-Mail |
| | |
| Ansprechpartner in der Einrichtung oder im Unternehmen (Nachname, Vorname) | |
| | |
| Ansprechpartner Telefon | Ansprechpartner E-Mail |
| | |
| Art der Einrichtungen gem. § 20a IfSG (Bitte Zutreffendes auswählen 1-3 und Unterpunkte) | |
| <input type="checkbox"/> 1. Medizinische Einrichtung gem. § 20a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 IfSG | |
| <input type="checkbox"/> a) Krankenhäuser | <input type="checkbox"/> b) Einrichtungen für ambulantes Operieren |
| <input type="checkbox"/> c) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen | <input type="checkbox"/> d) Dialyseeinrichtungen |
| <input type="checkbox"/> e) Tageskliniken | <input type="checkbox"/> f) Entbindungseinrichtungen |
| <input type="checkbox"/> g) Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Buchstaben a bis f genannten Einrichtungen vergleichbar sind | <input type="checkbox"/> h) Arztpraxen, Zahnarztpraxen <input type="checkbox"/> Betriebsärztliche Versorgung <input type="checkbox"/> Zahnärztliche Versorgung <input type="checkbox"/> Hausärztliche Versorgung <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Fachärztliche Versorgung |
| <input type="checkbox"/> i) Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in <input type="checkbox"/> Orthoptist/in <input type="checkbox"/> Logopäde/in <input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in <input type="checkbox"/> Psychotherapeut/in <input type="checkbox"/> Hebammen/Entbindungspfleger <input type="checkbox"/> Podologe/in <input type="checkbox"/> Diätassistent/in <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Masseur/in und medizinische Bademeister/in | <input type="checkbox"/> j) Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden |
| <input type="checkbox"/> k) Rettungsdienste | <input type="checkbox"/> l) Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch |
| <input type="checkbox"/> m) Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen nach § 119c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch | <input type="checkbox"/> n) Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 51 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch und Dienste der beruflichen Rehabilitation |
| <input type="checkbox"/> o) Begutachtungs- und Prüfdienste, die auf Grund der Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder des Elften Buches Sozialgesetzbuch tätig werden | |

| | |
|---|--|
| <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 gem. § 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 i. S. v. § 20a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 IfSG
 - Genesenennachweis i. S. v. § 20a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 IfSG
 - Ärztliche Bescheinigung, dass eine medizinische Kontraindikation besteht, aufgrund derer eine Impfung gegen COVID-19 nicht gegeben werden darf i. S. v. § 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 u. Bewohner von Senioren- und Altenpflegeheimen

Tätigkeit der Person hat Auswirkungen

- unmittelbar auf die Versorgungssituation z.B. als medizinisches o. 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