**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 www.impfpflicht-meldung.bayern.de zur einrichtungsbezogenen Impfpflicht aufgrund fehlender technischer Ausstattung oder technischer Störungen nicht möglich ist.**

|  |
| --- |
| **Name der Einrichtung oder des Unternehmens, wenn vorhanden Name der betroffenen Betriebstätte**  |
|  |
| **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) |
| **⬜ 1. Medizinische Einrichtung gem. § 20a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 IfSG** |
| ⬜ a) Krankenhäuser | ⬜ b) Einrichtungen für ambulantes Operieren |
| ⬜ c) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen | ⬜ d) Dialyseeinrichtungen  |
| ⬜ e) Tageskliniken | ⬜ f) Entbindungseinrichtungen  |
| ⬜ g) Behandlungs- oder Versorgungs-einrichtungen, die mit einer der in den Buchstaben a bis f genannten Einrichtungen vergleichbar sind | ⬜ h) Arztpraxen, Zahnarztpraxen |
| ⬜ Betriebsärztliche Versorgung⬜ Hausärztliche Versorgung⬜ Fachärztliche Versorgung | ⬜ Zahnärztliche Versorgung⬜ Sonstige |
| ⬜ i) Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe | ⬜ j) Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden |
| ⬜ Heilpraktiker/in⬜ Logopäde/in⬜ Ergotherapeut/in⬜ Hebammen/Entbindungspfleger⬜ Diätassistent/in⬜ Masseure/in und medizinische  Bademeister/in | ⬜ Orthoptist/in⬜ Physiotherapeut/in⬜ Psychotherapeut/in⬜ Podologe/in⬜ Sonstige |
| ⬜ k) Rettungsdienste | ⬜ l) Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch |
| ⬜ m) Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen nach § 119c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch | ⬜ n) Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 51 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch und Dienste der beruflichen Rehabilitation |
| ⬜ o) Begutachtungs- und Prüfdienste, die auf Grund der Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder des Elften Buches Sozialgesetzbuch tätig werden |  |

|  |
| --- |
| **⬜ 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**  |
| ⬜ a) Voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen z.B. gemäß § 72 des Elften Sozialgesetzbuch | ⬜ b) Andere Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sowie andere vergleichbare tagesstrukturierende Angebote (z. B. Tagesförderstätten) |
| ⬜ 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. | ⬜ d) Sonstige |

|  |
| --- |
| **⬜ 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**  |
| ⬜ 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 | ⬜ b) Ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen  |
| ⬜ c) Unternehmen, die Assistenzleistungen nach § 78 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erbringen  | ⬜ 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 |
| ⬜ 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 | ⬜ 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 seineGültigkeit 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 intensivmedizinsicher 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 |