

Leitfaden zur Impfpassüberprüfung

Nach § 20 Absatz 9 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) sind die Einrichtungsleiter/innen verpflichtet, den Masernimpfstatus der Betreuten und Beschäftigten zu überprüfen. Dieser Leitfaden soll Ihnen dabei hilfreich zur Seite stehen.

Vorgehen zur Überprüfung des Masernimpfschutzes

- I. Schlagen Sie die Seite mit der Impfdokumentation für **Masern bzw. Masern, Mumps, Röteln (MMR)** auf und prüfen Sie die **Anzahl der Markierungen (1)** („X“, ggf. auch auf einer weiteren Seite).
- II. Prüfen Sie, ob in der gleichen Zeile das **Datum (2)** der Impfung, die **Bezeichnung und Chargenbezeichnung des Impfstoffs (3)** (Vignette) sowie **Unterschrift und Stempel (4)** der für die Durchführung der Impfung verantwortlichen Person vorhanden sind.

Das Diagramm zeigt zwei Beispiele für die Überprüfung einer Masernimpfung auf einem Impfpass. In beiden Fällen ist ein rotes 'X' in der Spalte 'Masern, Mumps, Röteln (MMR)' zu sehen, was die Impfung bestätigt. Die Spalten sind wie folgt beschriftet: Datum, Handelsname und Chargennummer des Impfstoffs (Vignette), Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Poliomyelitis, Masern, Mumps, Röteln (MMR), Varizellen, Meningokokken, Pneumokokken, Influenza, Unterschrift und Stempel des Arztes. Die Markierungen sind wie folgt beschriftet: 1. Masernimpfung, 2. Datum, 3. Impfstoff-Vignette, 4. Unterschrift, Stempel.

Hinweise:

- Mehrfache Masernimpfungen könnten sich ggf. auf unterschiedlichen Seiten des Impfpasses befinden. **Bitte prüfen Sie deshalb auch die folgenden Seiten** auf weitere, durchgeführte Masernimpfungen.
- Die Impfausweise in ihrer jetzigen Form werden nach den Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt. Aber auch **ältere Exemplare behalten ihre Gültigkeit**.
- Es gibt Impfpässe, bei denen die **Masernschutzimpfung entweder in Kombination mit Mumps und Röteln** (neuere Impfpässe: Masern, Mumps, Röteln) **oder alleine** (ältere Impfpässe: Masern) dokumentiert ist.
- Früher wurde die **Impfstoff-Vignette** nicht benötigt und kann deshalb (hauptsächlich) bei älteren Impfpässen auch fehlen. Die Handelsnamen der heute gebräuchlichen Kombinationsimpfstoffe für Masern sind: M-M-RVaxPro, Priorix, Priorix-Tetra und ProQuad.
- Nur **mit Bleistift dokumentierte Impfungen zählen nicht**, wenn Stempel und Unterschrift fehlen.
- **Bezeichnung für Masern in anderen Sprachen:** Fruthi (Albanisch), Морбили (Bulgarisch), Measles (Englisch), Rougeole (Französisch), Ospice (Kroatisch), Odra (Polnisch), Pojar (Rumänisch), Корь (Russisch), Male boginja (Serbisch), Sarampión (Spanisch), Sorik (Tigrinya - Äthiopien, Eritrea), Kızamık (Türkisch), Bệnh sởi (Vietnamesisch).

Beispiel eines ausgefüllten Impfausweises mit der 1. Masernimpfung:

Bitte prüfen Sie auch die folgenden Seiten auf ggf. weitere durchgeführte Masernimpfungen.

Impfungen für Säuglinge und Kinder:
Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes in die entsprechende Spalte eintragen bzw. Vignette einkleben; entsprechende Impfung ankreuzen.

Vaccinations for infants and children: Please enter the name of vaccine and the batch no. into the corresponding column; stick in the vignette; mark with a cross the respective vaccination.
Vaccinations pour l'âge de nourrisson et enfants: Inscrivez le nom du vaccin ainsi que le numéro du lot dans la colonne correspondante; collez la vignette; marquez d'une croix la vaccination respective.

| Datum Date | Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette) Manufacturer and batch no. of vaccine Fabricant du vaccin et numéro du lot | Tetanus | Diphtherie | Pertussis | Polioomyelitis | Hib (Haemophilus influenzae b) | Hepatitis B | Masern, Mumps, Röteln (MMR) | Varizellen | Meningokokken | Pneumokokken | Poliovirus | Influenza | Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------|-----------|----------------|--------------------------------|-------------|-----------------------------|------------|---------------|--------------|------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21.01. 2014 | | | X | X | X | X | X | X | | | | | | Gemeinschaftspraxis Kinder- und Jugendmedizin Dr. med. Dr. med. |
| 20.02. 14 | | | X | X | X | X | X | X | | | | | | Gemeinschaftspraxis Kinder- und Jugendmedizin Dr. med. Dr. med. |
| 20.03. 14 | | | X | X | X | X | X | X | | | | | | Gemeinschaftspraxis Kinder- und Jugendmedizin Dr. med. Dr. med. |
| 06.11. 14 | | | | | | | | X | | | | | | Gemeinschaftspraxis Kinder- und Jugendmedizin Dr. med. Dr. med. |

6

Beispiel eines internationalen Impfausweises (WHO):

Bei dieser Art von Impfausweisen wird die Impfung durch einen schriftlichen Eintrag dokumentiert und nicht durch ein „X“.

| INTERNATIONAL CERTIFICATE* OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS | | | | CERTIFICAT* INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--|
| This is to certify that [name] | | | | Nous certifions que [nom] | | |
| date of birth | | | | né(e) le de sexe | | |
| nationality | | | | et de nationalité | | |
| national identification document, if applicable | | | | document d'identification nationale, le cas échéant | | |
| whose signature follows | | | | dont la signature suit | | |
| has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against: (name of disease or condition) | | | | a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre: (nom de la maladie ou de l'affection) | | |
| in accordance with the International Health Regulations. | | | | conformément au Règlement sanitaire international. | | |
| Vaccine or prophylaxis Vaccin ou agent prophylactique | Date Date | Signature and professional status of supervising clinician Signature et titre du clinicien responsable | Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot | Certificate valid from: until: Certificat valable à partir du : jusqu'au : | Official stamp of the administering centre Cachet officiel du centre habilité | |
| 1. Measles / Rougeole | 29.02.2020 | Unterschrift | Impfstoff-Vignette | | Stempel | |
| 2. oder ggf. Impfstoffname | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| * Requirements for validity of certificate on page 2. | | | | * Voir les conditions de validité à la page 3. | | |