

## Benachrichtigung (nach § 20a Abs. 2 Satz 2 IfSG)

An das  
Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin,  
Zentrale Meldestelle, Postfach 31 09 29, 10639 Berlin

### Durch

---

(Bezeichnung der Einrichtung/ des Unternehmens)

---

(Anschrift)

---

(Bezirk)

Art der Einrichtung:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus   | <input type="checkbox"/> Einrichtung/ Dienst der beruflichen Rehabilitation   |
| <input type="checkbox"/> Einrichtung für ambulantes Operieren  | <input type="checkbox"/> Begutachtungs- und Prüfdienst auf Grund der Vorschriften von SGB V/XI  |
| <input type="checkbox"/> Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung   | <input type="checkbox"/> Voll- oder teilstationäre Einrichtung zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen   |
| <input type="checkbox"/> Dialyseeinrichtung  | <input type="checkbox"/> Ambulante Pflegeeinrichtung (§ 72) oder Einzelpersonen (§ 77 SGB XI)   |
| <input type="checkbox"/> Tagesklinik   | <input type="checkbox"/> Ambulanter Intensivpflegedienst in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen   |
| <input type="checkbox"/> Entbindungseinrichtung  | <input type="checkbox"/> Unternehmen, das Assistenzleistungen nach § 78 SGB IX erbringt   |
| <input type="checkbox"/> Behandlungs- oder Versorgungseinrichtung, die mit einer der oben genannten Einrichtungen vergleichbar ist   | <input type="checkbox"/> Unternehmen, das Leistungen der interdisziplinären Früherkennung und Frühförderung nach § 42 Abs. 2 Nr. 2 und § 46 SGB IX i.V. mit der Frühförderungsverordnung oder heilpädagogische Leistungen nach § 79 SGB IX erbringt |
| <input type="checkbox"/> Arzt- oder Zahnarztpraxis   |   |
| <input type="checkbox"/> Praxis sonstiger humanmedizinischer Heilberufe  |   |
| <input type="checkbox"/> Einrichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden, |   |
| <input type="checkbox"/> Rettungsdienst  |   |
| <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum   |   |
| <input type="checkbox"/> Medizinisches Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen   |   |

Beförderungsdienst, der in voll- oder teilstationären Einrichtungen für ältere, behinderte oder pflegebedürftige Menschen behandelte, betreute, gepflegte oder untergebrachte Personen befördert oder die Leistungen nach § 83 Absatz 1 Nummer 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erbringt

Leistungsberechtigte, die im Rahmen eines persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX Personen für die Erbringung entsprechender Dienstleistungen beschäftigen.

Sonstige:

---

---

---

Benachrichtigende Person:

---

(Vorname, Nachname)

(Funktion)

---

(Telefonnummer)

(E-Mail-Adresse)

### Über

- Nicht-Vorlage von Impf-/ Genesenennachweis oder ärztlichem Zeugnis über eine medizinische Kontraindikation gegen SARS-CoV-2-Impfung.
- Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit eines vorgelegten Impf-/ Genesenen-Nachweises oder ärztlichen Zeugnisses über eine medizinische Kontraindikation gegen SARS-CoV-2-Impfung (**wenn möglich bitte Nachweis-Kopie und Begründung beifügen**).

Von (beschäftigte Person)

---

(Vorname, Nachname)

(Geschlecht)

---

(Geburtsdatum)

(Telefonnummer)

---

(Anschrift der Hauptwohnung/ des gewöhnlichen Aufenthaltsortes:

Straße, Hausnummer, evtl. Zusatz)

---

(PLZ, Ort)

(evtl. E-Mail-Adresse)

---

(Tätigkeitsbereich innerhalb der Einrichtung/ des Unternehmens)

Hat diese Person...

- direkten Kontakt zu Angehörigen vulnerabler Gruppen?  ja  nein
- bereits eine Impfung erhalten **oder** einen vereinbarten Impftermin nachgewiesen **oder** ihre Bereitschaft zur kurzfristigen Impfung erklärt?  ja  nein
- besondere Bedeutung für die Funktionsfähigkeit des Bereichs?  ja  nein

Berlin, den

---

(Datum)

(Unterschrift der benachrichtigenden Person)

Bearbeitungsvermerk: