



Niedersachsen. Impft. Klar.

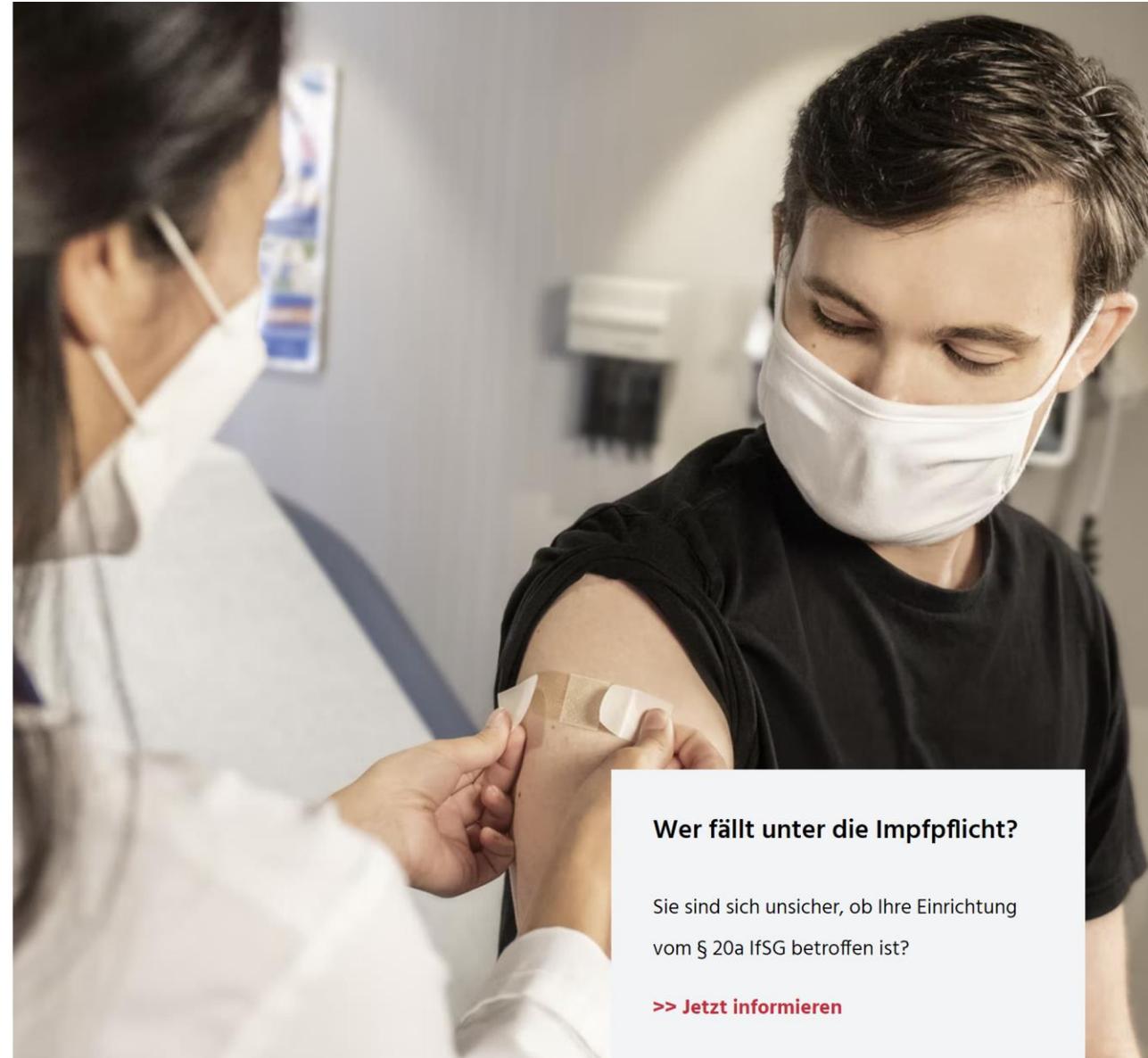
## | Herzlich Willkommen

[Passwort vergessen?](#)

**Anmelden**

**Registrieren**

Mit Klick auf "Registrierung" starten Sie Ihren Registrierungsprozess.



### Wer fällt unter die Impfpflicht?

Sie sind sich unsicher, ob Ihre Einrichtung vom § 20a IfSG betroffen ist?

[>> Jetzt informieren](#)



Niedersachsen. Impft. Klar.

## Registrieren

### Einrichtung

Bitte geben Sie hier die Standortdaten Ihres Unternehmens / Ihrer Einrichtung ein.

Name des Unternehmens / der Einrichtung * Max Mustermann Hausarztpraxis	
Rechtsform * GbR	Art der Einrichtung * Hausarztpraxis
Straße * Musterstraße	Hausnummer * 1
PLZ * 30159	Standort * Hannover
Verantwortliches Gesundheitsamt Region Hannover	

### Gesetzliche Vertretung

(Leitung oder anderweitig verantwortliche Person des Unternehmens / der Einrichtung mit Ihrer geschäftlichen Anschrift)

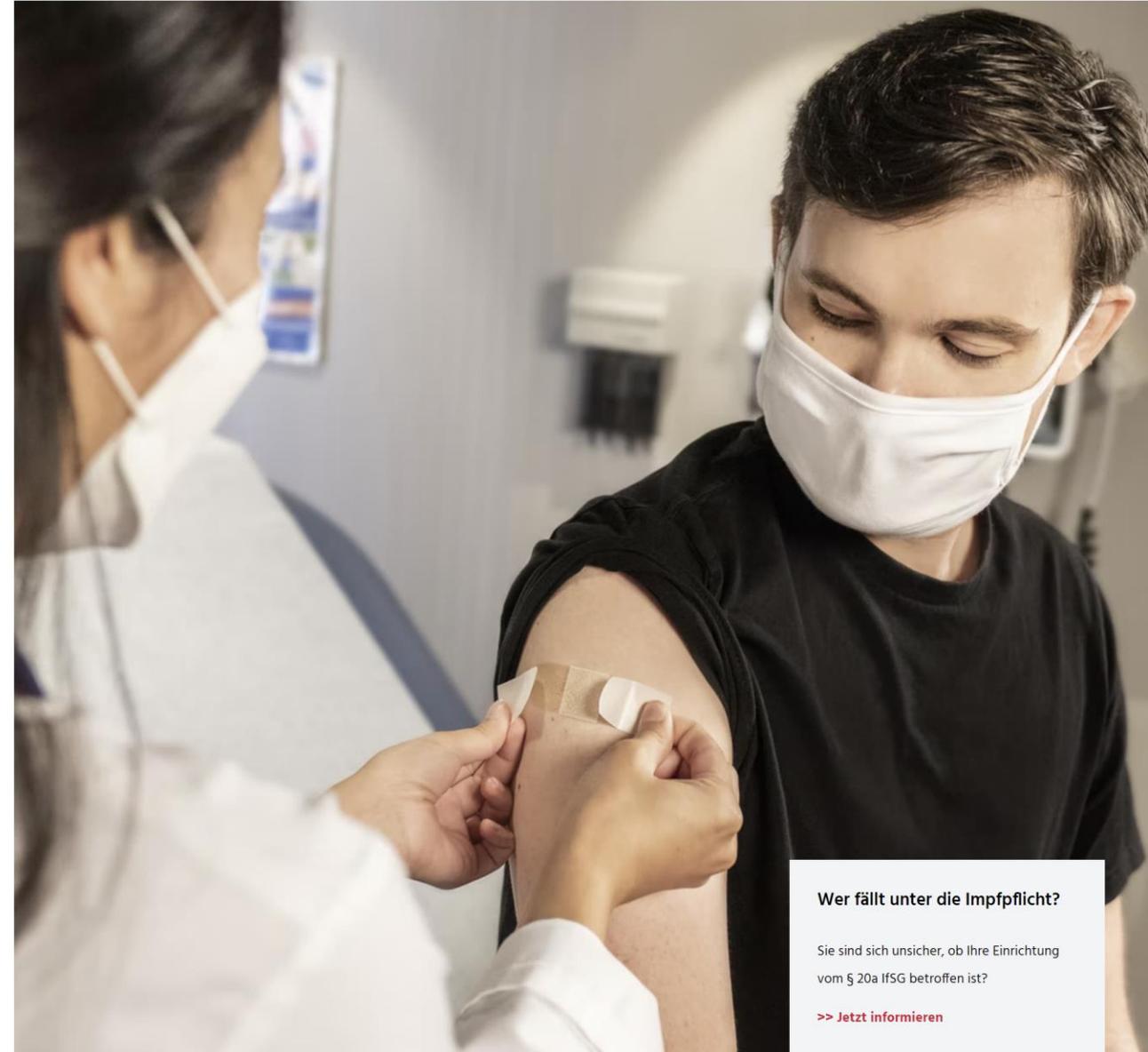
Anrede * Herr	
Vorname * Max	Nachname * Mustermann
Straße * Musterstraße	Hausnummer * 1
PLZ * 30159	Ort * Hannover

\* Pflichtfelder

Abbrechen

Weiter zu Schritt 2

Füllen Sie das Formular aus und klicken Sie, sobald Sie fertig sind auf "Weiter zu Schritt 2"



#### Wer fällt unter die Impfpflicht?

Sie sind sich unsicher, ob Ihre Einrichtung vom § 20a IfSG betroffen ist?

>> Jetzt informieren



Niedersachsen. Impft. Klar.

## Registrieren

### Ihr persönlicher Login

Anrede * Frau	Vorname * Möller
Name * Luisa	Mobilfunknummer * 0176 123 456 78
E-Mail * luisa.moeller@hausarztpraxis.de	
Passwort * .....	Passwort wiederholen * .....

Bitte geben Sie Ihre gültige Mobilfunknummer ein. Wir versenden Ihren Sicherheitscode an diese Mobilfunknummer. Bitte geben Sie den Code auf der nächsten Seite ein.

### Passwort-Stärke

Bitte verwenden Sie ein sicheres Passwort, um die in diesem Portal verwalteten personenbezogenen Daten gut zu schützen und speichern Sie es in einem Passwort-Manager.

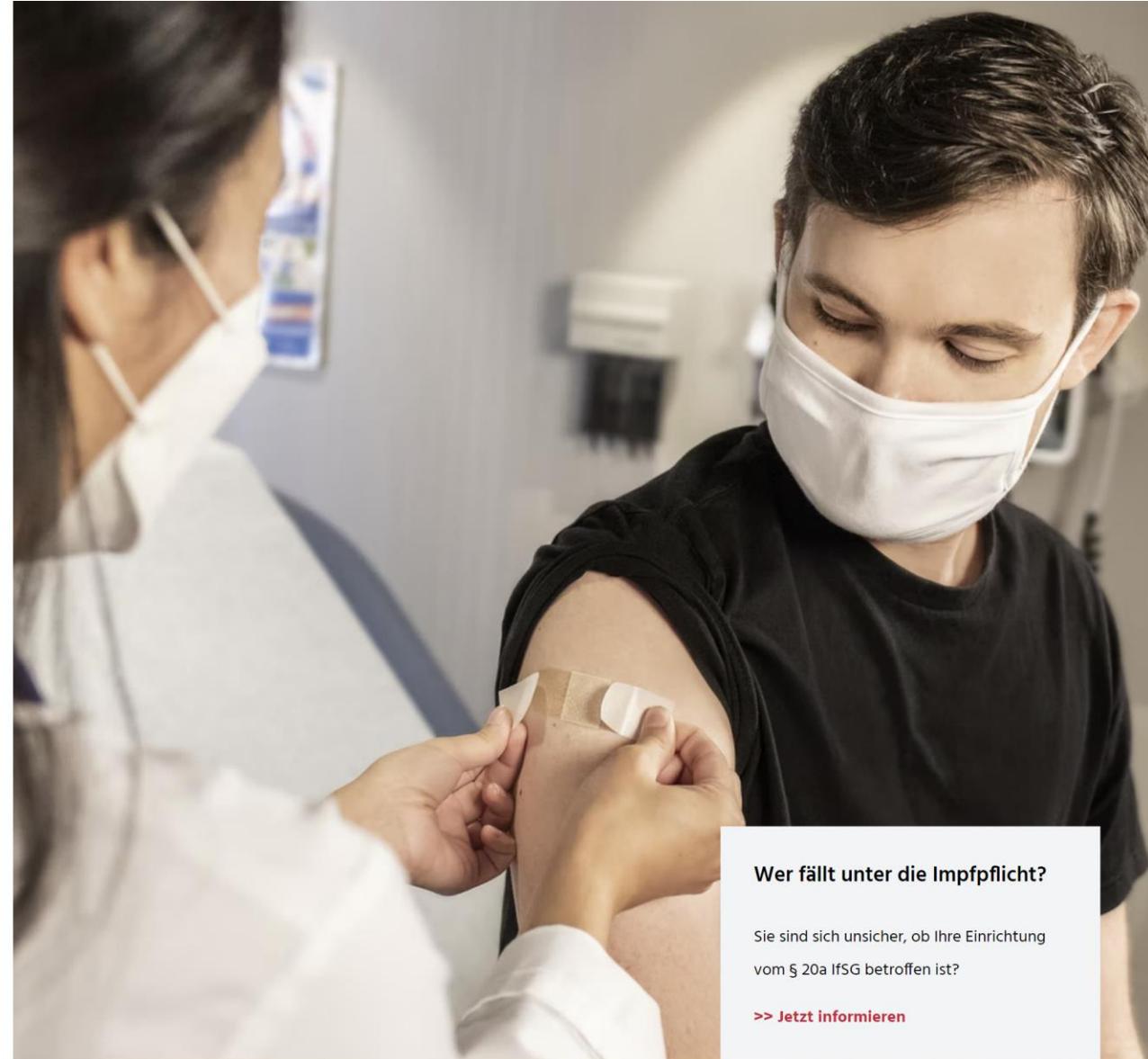
- ✓ Passwort enthält Großbuchstaben
- ✓ Passwort enthält Kleinbuchstaben
- ✓ Passwort enthält Zahlen
- ✓ Passwort enthält Sonderzeichen
- ✓ Passwort ist mindestens 8 Zeichen lang

**Füllen Sie das Formular aus. Ihr Passwort muss die links stehenden Kriterien erfüllen. Klicken Sie im Anschluss auf "Absenden".**

\* Pflichtfelder

Zurück

Absenden



### Wer fällt unter die Impfpflicht?

Sie sind sich unsicher, ob Ihre Einrichtung vom § 20a IfSG betroffen ist?

[>> Jetzt informieren](#)



Niedersachsen. Impft. Klar.

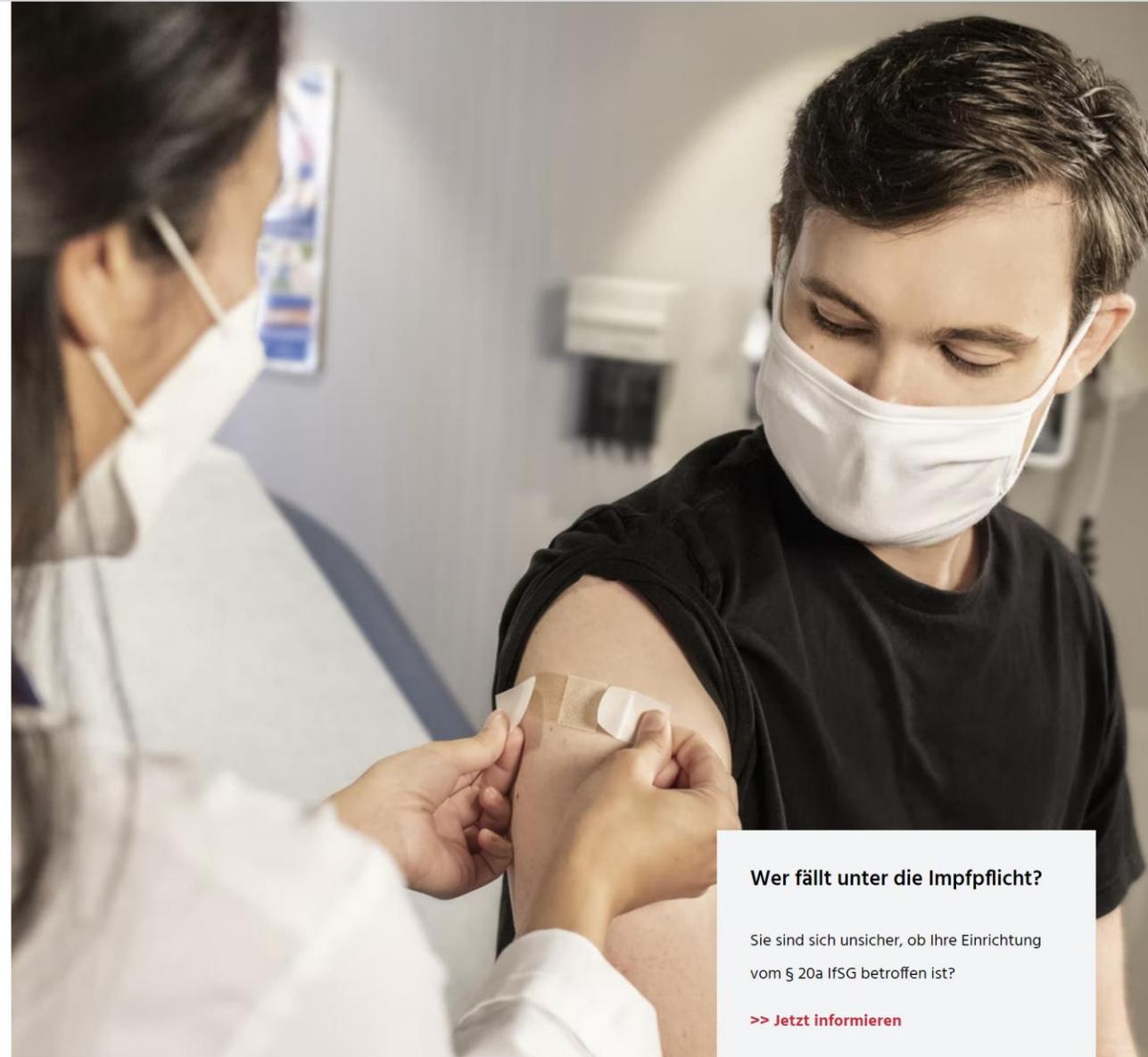
## | Sicherheitscode

Bitte geben Sie hier den Sicherheitscode ein, den wir Ihnen an Ihre Mobilfunknummer zugesendet haben.

Zurück

Registrieren

[Geben Sie hier den Sicherheitscode ein.](#)



### Wer fällt unter die Impfpflicht?

Sie sind sich unsicher, ob Ihre Einrichtung vom § 20a IfSG betroffen ist?

[>> Jetzt informieren](#)



Niedersachsen. Impft. Klar.

## | Sicherheitscode

Bitte geben Sie hier den Sicherheitscode ein, den wir Ihnen an Ihre Mobilfunknummer zugesendet haben.

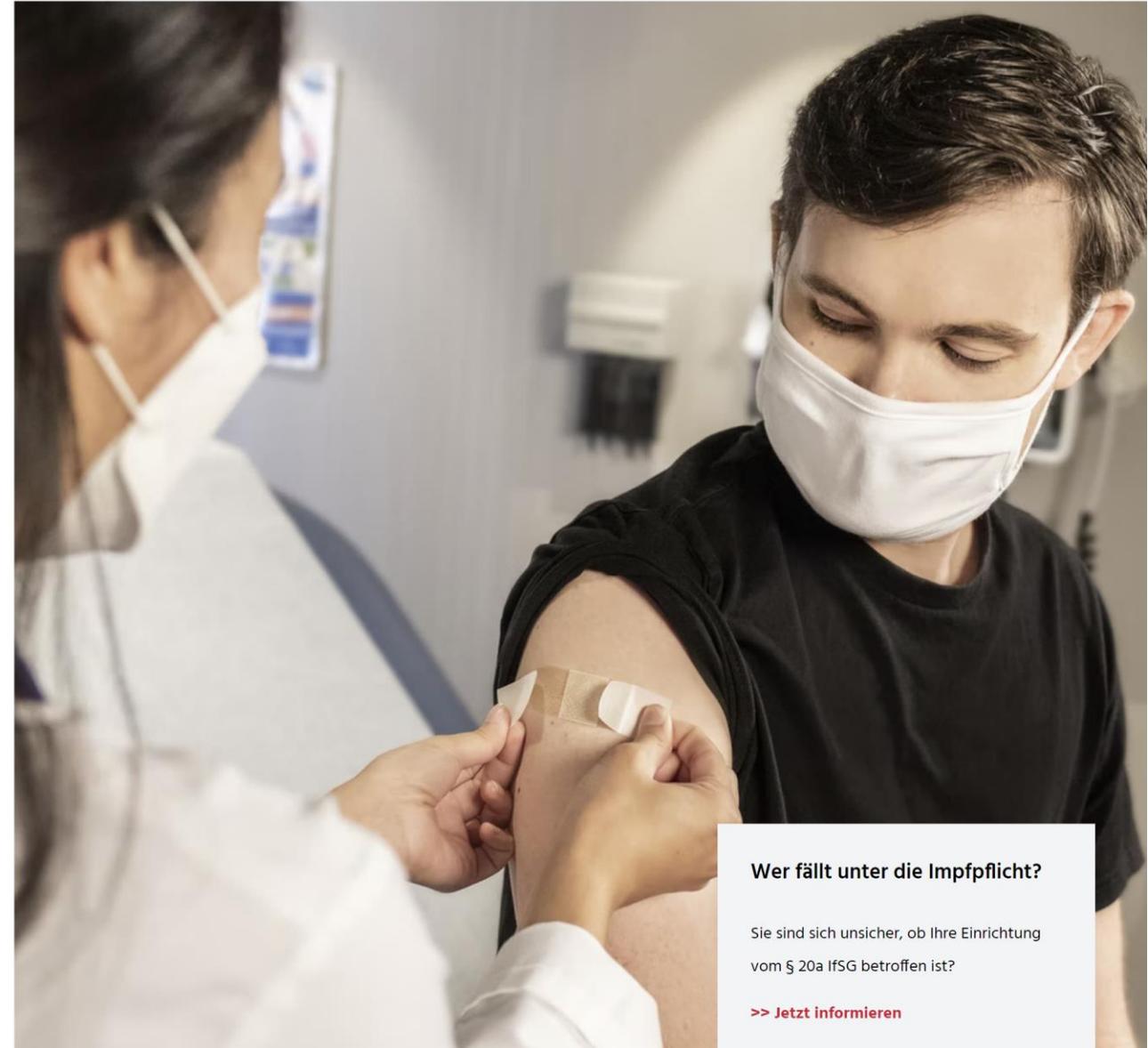
**Nach der Eingabe klicken Sie auf "Registrieren", um Ihre Registrierung abzuschließen.**

Sicherheitscode \*

24659300

Zurück

Registrieren



### Wer fällt unter die Impfpflicht?

Sie sind sich unsicher, ob Ihre Einrichtung vom § 20a IfSG betroffen ist?

[>> Jetzt informieren](#)



Niedersachsen. Impft. Klar.

---

Öffnen Sie Ihre E-Mails und klicken Sie auf "Registrierung abschließen".

## | Sehr geehrte\*r Möller Luisa,

Sie haben sich zum mebi-Portal, dem Portal zur Umsetzung des §20a IfSG für das Unternehmen / die Einrichtung Max Mustermann Hausarztpraxis registriert.

Bitte klicken Sie zum Abschluss der Registrierung auf die folgende Schaltfläche

[Registrierung abschließen →](#)



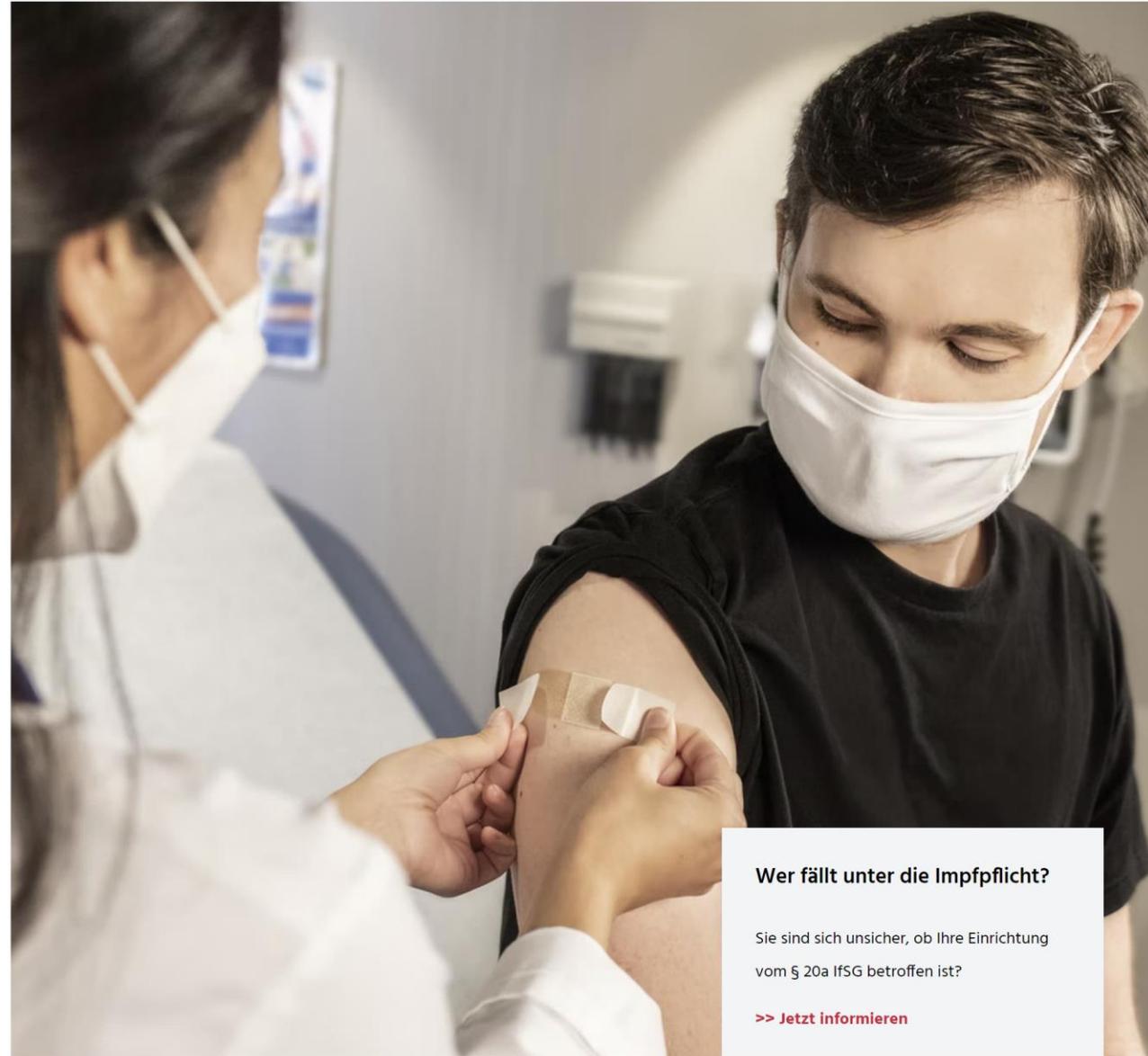
Niedersachsen. Impft. Klar.

Sie haben Ihre Registrierung erfolgreich abgeschlossen.  
Mit Klick auf den Button, kommen Sie zurück zum Login.

## | Registrierung abgeschlossen!

Sie können sich nun anmelden.

Zum Login



### Wer fällt unter die Impfpflicht?

Sie sind sich unsicher, ob Ihre Einrichtung vom § 20a IfSG betroffen ist?

[>> Jetzt informieren](#)



Niedersachsen. Impft. Klar.

## | Herzlich Willkommen

E-Mail

luisa.moeller@hausarztpraxis.de

Passwort

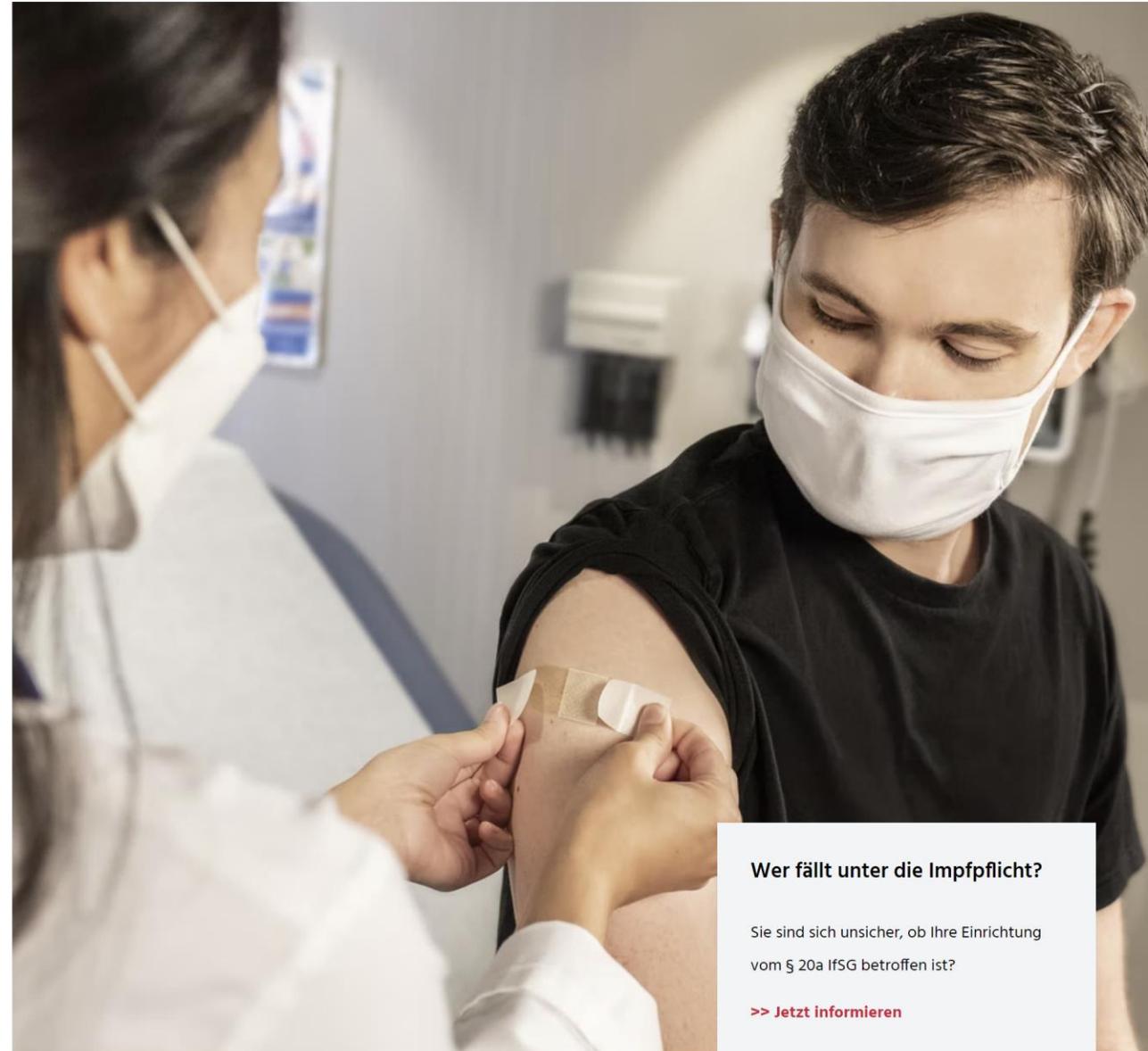
••••••••••

[Passwort vergessen?](#)

Anmelden

Registrieren

Sie können sich nun mit Ihrer vorher festgelegten E-Mail Adresse einloggen.



### Wer fällt unter die Impfpflicht?

Sie sind sich unsicher, ob Ihre Einrichtung vom § 20a IfSG betroffen ist?

[>> Jetzt informieren](#)



Meldedatum

Name

Vorname

Geburtsdatum

Wenn Sie sich zum ersten Mal einloggen, haben Sie noch keine Meldungen angelegt.  
Um dies zu tun, klicken Sie auf den Button "Neue Meldung".

Sie haben noch keine Meldung aufgegeben.

+ Neue Meldung



Schritt 1 / 3

## | Neue Meldung erstellen

### Angaben zur Person

Bitte geben Sie hier die Daten der Person ein, die Sie melden möchten.

[Hier finden Sie eine Übersicht meldepflichtiger Personengruppen.](#)

Anrede * Herr	Geburtsdatum * 01.01.1980
Vorname * Peter	Nachname * Müller
E-Mail peter.mueller@mail.de	Telefonnummer
Strasse * Beispielstraße	Hausnummer * 2
PLZ * 30159	Ort * Hannover

\* Pflichtfelder

[Abbrechen](#)[Weiter](#)

**Zum Anlegen einer neuen Meldung füllen Sie das Formular mit den benötigten Informationen aus. Sie müssen zu der gemeldeten Person eine E-Mail Adresse ODER eine Telefonnummer angeben.**



Schritt 1 / 3

## Neue Meldung erstellen

### Angaben zur Person

Bitte geben Sie hier die Daten der Person ein, die Sie melden möchten.

[Hier finden Sie eine Übersicht meldepflichtiger Personengruppen.](#)

Anrede * Herr	Geburtsdatum * 01.01.1980
Vorname * Peter	Nachname * Müller
E-Mail	Telefonnummer 0176 123 456 78
Strasse * Beispielstraße	Hausnummer * 2
PLZ * 30159	Ort * Hannover

\* Pflichtfelder

Abbrechen

Weiter

Zum Anlegen einer neuen Meldung füllen Sie das Formular mit den benötigten Informationen aus. Sie müssen zu der gemeldeten Person eine E-Mail Adresse ODER eine Telefonnummer angeben.



Schritt 1 / 3

## Neue Meldung erstellen

### Angaben zur Person

Bitte geben Sie hier die Daten der Person ein, die Sie melden möchten.

[Hier finden Sie eine Übersicht meldepflichtiger Personengruppen.](#)

Anrede * Herr	Geburtsdatum * 01.01.1980
Vorname * Peter	Nachname * Müller
E-Mail	Telefonnummer 0176 123 456 78
Strasse * Beispielstraße	Hausnummer * 2
PLZ * 30159	Ort * Hannover

\* Pflichtfelder

Abbrechen

Weiter

Klicken Sie im Anschluss auf den "Weiter"-Button um fortzufahren.



Schritt 2 / 3

## | Neue Meldung erstellen

### Was ist der Grund für die Meldung?

Bitte kreuzen Sie an, welcher der folgenden Fälle zutrifft.

- Kein Nachweis vorgelegt
- Impfnachweis ist unzureichend
- Genesenennachweis ist unzureichend
- Ärztliches Attest über medizinische Kontraindikation unzureichend
- Ursprünglicher Nachweis ist abgelaufen, neuer Nachweis wurde nicht innerhalb eines Monats nach Ablauf der Gültigkeit des bisherigen Nachweises nachgereicht

Zurück

Weiter

Mit Klick auf das entsprechende Rechteck wählen Sie den Grund aus, warum Sie die Meldung für eine Person vornehmen.



Schritt 2 / 3

## | Neue Meldung erstellen

### Was ist der Grund für die Meldung?

Bitte kreuzen Sie an, welcher der folgenden Fälle zutrifft.

- Kein Nachweis vorgelegt
- Impfnachweis ist unzureichend
  - Keine vollständige Impfung
  - Inhalt / Gültigkeit zweifelhaft
  - Echtheit des Nachweises zweifelhaft
- Genesenennachweis ist unzureichend
- Ärztliches Attest über medizinische Kontraindikation unzureichend
- Ursprünglicher Nachweis ist abgelaufen, neuer Nachweis wurde nicht innerhalb eines Monats nach Ablauf der Gültigkeit des bisherigen Nachweises nachgereicht

Zurück

Weiter

Im Anschluss klicken Sie auf den "Weiter"-Button, um fortzufahren.



Schritt 3 / 3

## Zusammenfassung

Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben.

### Anschrift

Herr Peter Müller  
Beispielstraße  
30159 Hannover

### Kontaktmöglichkeiten

0176 123 456 78

### Geburtsdatum

01.01.1980

### Grund der Meldung

Impfnachweis ist unzureichend  
- Keine vollständige Impfung

**Prüfen Sie noch einmal sorgfältig Ihre Angaben. Bestätigen Sie mit Klick auf die Checkbox, dass Sie die Hinweise zur Kenntnis genommen haben.**

### Wichtiger Hinweis:

Bis zum Abschluss des Prüfverfahrens wird seitens des zuständigen Gesundheitsamtes empfohlen, die oben genannte Person vorübergehend patientenfern einzusetzen.

Ich habe den Hinweis zur Kenntnis genommen.

Zurück

Meldung abschicken



Schritt 3 / 3

## Zusammenfassung

Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben.

### Anschrift

Herr Peter Müller  
Beispielstraße  
30159 Hannover

### Kontaktmöglichkeiten

0176 123 456 78

### Geburtsdatum

01.01.1980

### Grund der Meldung

Impfnachweis ist unzureichend  
- Keine vollständige Impfung

### Wichtiger Hinweis:

Bis zum Abschluss des Prüfverfahrens wird seitens des zuständigen Gesundheitsamtes empfohlen, die oben genannte Person vorübergehend patientenfern einzusetzen.

Ich habe den Hinweis zur Kenntnis genommen.

Zurück

Meldung abschicken

Mit Klick auf "Meldung abschicken", werden Ihre Angaben an ihr zuständiges Gesundheitsamt übertragen.



Melddatum	Name	Vorname	Geburtsdatum	
13.03.2022	Müller	Peter	01.01.1980	

In dieser Übersicht sehen Sie Ihre bereits vorgenommenen Meldungen. Mit Klick auf "Neue Meldung" können Sie weitere Meldungen hinzufügen.