Ärztliche Bescheinigung

Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse:	

Für die o.g. Person wird bescheinigt, dass folgender altersentsprechender, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG genügender Masernschutz vorliegt:

☐ 2 Masernschutzimpfungen (für Personen nach vollendetem 2. Lebensjahr)

☐ 1 Masernschutzimpfung (ausreichend für Kinder im 2. Lebensjahr)

☐ Eine Immunität gegen Masern (serologischer Labornachweis) liegt vor.

Befreiung von einer Masern-Impfung:

☐ Es liegt eine dauerhafte, medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel