

Masernschutznachweis

Ärztliche Bescheinigung

Nachweis gemäß §20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Name, Vorname:..... Geburtsdatum:.....

Anschrift:.....

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

2 Masernschutzimpfungen (für Personen nach vollendetem 2. Lebensjahr)
Möglichst mit Datum der Impfungen _____ und _____

1 Masernschutzimpfung (ausreichend für Kinder vor dem 2. Lebensjahr)
Möglichst mit Datum der Impfung: _____

Es wurden bisher keine Masernschutzimpfungen durchgeführt

Befreiung von Masern-Impfung:
Es liegt eine dauerhafte, medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden darf.

ggf. sonstige Bemerkungen:

.....
.....
.....

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift