

Ärztliche Bescheinigung zum Nachweis gem. § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

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

- 2 Masernimpfungen Immunität gegen Masern*

Befreiung von einer Masern-Impfung:

- Es liegt eine dauerhafte medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann.
- Es liegt eine vorübergehende medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer zurzeit nicht gegen Masern geimpft werden kann; eine erneute Impffähigkeit ist ab folgendem Datum zu prüfen: _____

Ort, Datum, Unterschrift Ärztin / Arzt, Arztstempel

* serologischer Labornachweis