

Ärztliche Bescheinigung

Nachweis gemäß § 20 Abs. 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort

Für die oben genannte Person wird bescheinigt, dass folgender altersentsprechender, den Anforderungen gemäß § 20 Abs. 9 IfSG genügender, Masernschutz vorliegt:

<input type="checkbox"/>	2 Masernschutzimpfungen (für Personen nach vollendetem 2. Lebensjahr)
<input type="checkbox"/>	1 Masernschutzimpfung (ausreichend für Kinder im 2. Lebensjahr)
<input type="checkbox"/>	Eine Immunität gegen Masern (serologischer Labornachweis) liegt vor.

Befreiung von einer Masern-Impfung:

<input type="checkbox"/>	Es liegt eine dauerhafte, medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann.
--------------------------	---

Ort, Datum

Name Arzt/Ärztin in Druckbuchstaben

Unterschrift + Stempel