



Ärztliche Bescheinigung zum Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)										
Name, Vorname der Person:		Geburtsdatum:								
Adresse:										
Für die o.g. Person wird bescheinigt, dass folgender, altersentsprechender, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG ausreichender Masernschutz vorliegt:										
<input type="checkbox"/> 2 Masernimpfungen*		<input type="checkbox"/> 1 Masernimpfung**	<input type="checkbox"/> Immunität gegen Masern***							
Befreiung von einer Masern-Impfung:										
<input type="checkbox"/> Es liegt eine <u>dauerhafte</u> medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann.										
<input type="checkbox"/> Es liegt eine <u>vorübergehende</u> medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer zur Zeit nicht gegen Masern geimpft werden kann; eine erneute Impffähigkeit ist ab folgendem Datum zu prüfen:										
			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							
Ort,	Datum	Unterschrift Ärztin / Arzt	Arztstempel							

* ausreichend für Kinder nach vollendetem 2. Lebensjahr

** ausreichend für Kinder im 2. Lebensjahr

*** serologischer Labornachweis