

Ärztliche Bescheinigung zum Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)										
Name, Vorname des Kindes		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" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							
Ort,	Datum	Unterschrift Ärztin / Arzt	Arztstempel							

* ausreichend für Kinder nach vollendetem 2. Lebensjahr

** ausreichend für Kinder im 2. Lebensjahr

*** serologischer Labornachweis