

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:			
Ort,	Datum	Unterschrift Ärztin / Arzt	Arztstempel

--	--	--	--	--	--	--

* ausreichend für Kinder nach vollendetem 2. Lebensjahr

** ausreichend für Kinder im 2. Lebensjahr

*** serologischer Labornachweis