

Nachweis des Masernschutzes

(Bitte I oder II ausfüllen(lassen))

I

(Stempel der Arztpraxis)

Nachweis - Bescheinigung

Hiermit wird für _____
(Name, Vorname) (Geburtstag)

(Wohnanschrift)

bestätigt, dass bei der genannten Person

ein **ausreichender Impfschutz** – im Sinne des § 20 Abs. 8 Satz 2 IfSG –
gegen Masern besteht¹
(§ 20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 IfSG)

oder

eine **Immunität gegen Masern** vorliegt
(§ 20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 Alternative 1 IfSG)

oder

eine Impfung aufgrund einer **medizinischen Kontraindikation** nicht erfolgen
kann.
(§ 20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 Alternative 2 IfSG)

(Ort, Datum)

(Unterschrift Ärztin oder Arzt)

II

Als Eltern/Erziehungsberechtigte bescheinigen wir, dass ein gültiger Impfschutz
laut Impfausweis vorliegt. Eine Kopie der entsprechenden Seite(n) des
Impfausweises ist beigelegt.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte)