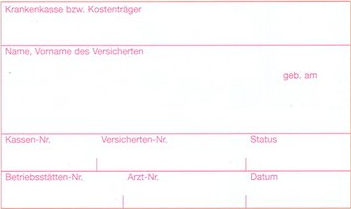
|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | geb. am: |
| Name, Vorname der/des Erziehungsberechtigten | |
| Straße, Hausnummer: | |
| Postleitzahl, Wohnort | |



*(zur maschinellen Dokumentation) (zur handschriftlichen Dokumentation)*

**Ärztliche Bescheinigung über den Masernschutz**

Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) für Personen

nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1- 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer IfSG

**Für die o.g. Person wird bescheinigt, dass folgender, altersentsprechender,**

**den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG genügender Masernschutz vorliegt:**

**Masernschutz vorhanden**

eine dokumentierte Masernimpfung (ab Vollendung des 1. Lebensjahres)

zwei dokumentierte Masernimpfungen (ab Vollendung des 2. Lebensjahres)

Immunität gegen Masern nachgewiesen (serologischer Labornachweis)

**dauerhafte medizinische Kontraindikation**

Stempel der Ärztin oder des Arztes

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin oder des Arztes