

Name und Anschrift der Arztpraxis

## Ärztliche Bescheinigung

über den Status des Masernschutzes gemäß § 20 Absatz 9 IfSG von

Nachname (ggf. Geburtsname)	Vorname	Geburtsdatum
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers		
Anschrift		

### Bestehender Masernschutz

Für die oben genannte Person wird bescheinigt, dass folgender altersentsprechender den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG genügenden Masernschutz vorliegt:

- eine Schutzimpfung gegen Masern (ausreichend für Personen bis zum 2. Geburtstag)
- zwei Schutzimpfungen gegen Masern (für Personen ab dem 2. Geburtstag)
- eine Immunität gegen Masern aufgrund dokumentierter erlittener Masernerkrankung
- eine Immunität gegen Masern nachgewiesen durch einen serologischen Labornachweis

### Befreiung von einer Masernimpfung

- aufgrund einer dokumentierten, nachweislich dauerhaften medizinischen Kontraindikation gegen eine Masernimpfung.

### Verzögerung der Masernimpfung

- aufgrund einer vorübergehenden medizinischen Kontraindikation kann die Impfung erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen. Die Impfung kann voraussichtlich nach dem \_\_\_\_\_ erfolgen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Arztes/der Ärztin (in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Stempel der Arztpraxis

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes/der Ärztin