

# Ärztliche Bescheinigung

## Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

|                                                     |               |
|-----------------------------------------------------|---------------|
| Name, Vorname:                                      | Geburtsdatum: |
| Bei Minderjährigen: Name der Erziehungsberechtigten |               |
| Anschrift:                                          |               |

Für die o.g. Person wird bescheinigt, dass die Anforderungen gemäß § 20 Abs. 9 IfSG zum Masernschutz erfüllt sind:

- ☐ 2 Masernschutzimpfungen (für Personen nach dem vollendetem 2. Lebensjahr, die nach 1970 geboren sind)
- ☐ 1 Masernschutzimpfung (ausreichend für Kinder im 2. Lebensjahr)
- ☐ Eine Immunität gegen Masern (serologischer Labornachweis) liegt vor.

### Befreiung von der Masernimpfung:

- ☐ Es liegt eine dauerhafte, medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann.

---

Ort, Datum

Unterschrift Ärztin/ Arzt

Stempel