

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. Hier ist ergänzend die Vorlage eines individuellen ärztlichen Zeugnisses unter Erwähnung einer plausibel nachvollziehbaren Begründung für die Impfunfähigkeit erforderlich.

Verzögerung der Masernimpfung

- aufgrund einer vorübergehenden medizinischen Kontraindikation kann die Impfung erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen. Die Impfung kann voraussichtlich nach dem _____ erfolgen. Hier ist ergänzend die Vorlage eines individuellen ärztlichen Zeugnisses unter Erwähnung einer plausibel nachvollziehbaren Begründung für die Impfunfähigkeit erforderlich.

Ort, Datum

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

Stempel der Arztpraxis

Unterschrift des Arztes/der Ärztin