|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Name und Anschrift der Arztpraxis

**Ärztliche Bescheinigung**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nachname (ggf. Geburtsname) | Vorname | Geburtsdatum |
| Geschlecht  | [ ]  männlich | [ ] weiblich | [ ] 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 |