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

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 |