Ärztliche Bescheinigung

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

**Personalien**

 Personalnummer:

Vorname:       Geburtsdatum:

Name:       Geschlecht:

Anschrift:       Staatsangehörigkeit:

**Der o. g. Person wird bescheinigt, dass folgender, altersentsprechender, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG genügender Masernschutz vorliegt:**

[ ]  2 Masernschutzimpfungen (für Personen nach vollendetem 2. Lebensjahr)

[ ]  1 Masernschutzimpfung (ausreichend für Kinder im 2. Lebensjahr)

[ ]  Eine Immunität gegen Masern (serologischer Labornachweis) liegt vor.

**Befreiung von einer Masern-Impfung:**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_