

Ärztliche Bescheinigung zum Nachweis eines ausreichenden Impfschutzes gegen Masern oder einer Immunität gegen Masern

Stempel der Arztpraxis

Für Frau/Herr _____

geboren am _____

in _____

wird bestätigt, dass

ein ausreichender Impfschutz¹⁾ im Sinne des §20 Abs. 8 Satz 2 IfSG gegen Masern besteht (§20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 IfSG)

oder

eine Immunität gegen Masern besteht (§20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 IfSG)

Ort, Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt

¹⁾ Nachgewiesen durch eine Impfdokumentation nach § 22 Absätze 1 und 2 IfSG oder ein ärztliches Zeugnis auch in Form einer Dokumentation nach § 26 Absatz 2 Satz 4 SGB V.