

Name, Vorname
geb. am

### Ärztliche Bescheinigung über den Masernschutz

Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) für Personen, die nach dem 31. Dezember 1970 geboren sind, nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1- 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 IfSG

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

☐ **Masernschutz vorhanden**

- ☐ eine dokumentierte Masernimpfung (ab Vollendung des 1. Lebensjahres)
- ☐ zwei dokumentierte Masernimpfungen (ab Vollendung des 2. Lebensjahres)
- ☐ Immunität gegen Masern nachgewiesen (serologischer Labornachweis)

Für die o.g. Person wird bescheinigt, dass sie aufgrund einer **medizinischen Kontraindikation** nicht gegen Masern geimpft werden kann.

- ☐ Die Kontraindikation besteht dauerhaft
- ☐ Die Kontraindikation ist voraussichtlich befristet bis zum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.

**Nennung der die Kontraindikation begründeten Diagnosen und sachdienliche Erläuterungen:**

---



---



---



---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin oder des Arztes

Stempel der Ärztin oder des Arztes