



Nachweis - Bescheinigung

Hiermit wird für _____
(Name, Vorname) (Geburtstag)

(Wohnanschrift)

bestätigt, dass bei der genannten Person

eine **Immunität gegen Masern** vorliegt¹

oder

eine Impfung aufgrund **medizinischer Kontraindikation** nicht erfolgen kann²

Ort, Datum

Unterschrift Ärztin oder Arzt

Hinweis

Auszüge aus den gesetzlichen Bestimmungen findet sich auf der Rückseite.

¹ § 20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 Alternative 1 IfSG

² § 20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 Alternative 2 IfSG