



(Stempel der Arztpraxis)

Nachweis-Bescheinigung

Hiermit wird für:

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

Wohnanschrift:

bestätigt, dass bei der genannten Person

ein ausreichender Impfschutz – im Sinne des § 20 Abs. 8 Satz 2 IfSG –
gegen Masern besteht¹
(§ 20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 IfSG)

oder

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

oder

eine Impfung aufgrund einer **medizinischen Kontraindikation** nicht erfolgen
kann.
(§ 20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 Alternative 2 IfSG)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift Ärztin oder Arzt)

¹Nachgewiesen durch eine Impfdokumentation nach § 22 Absätze 1 und 2 IfSG
oder auch in Form eines ärztliches Zeugnisses.