



Nachweis-Bescheinigung

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

(Wohnanschrift)

bestätigt, dass bei der genannten Person

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

oder

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

oder

eine **Immunität gegen Masern** vorliegt.
Ärztliches Attest erforderlich!
(§20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 Alternative 1 IfSG)

(Ort, Datum)

(Unterschrift d. Arztes und Stempel d. Praxis)