



## 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)