

Ärztlicher Nachweis Masernschutz gemäß Masernschutzgesetz

Bei

Name, Vorname:

geb. am.:

Anschrift:

.....

liegt folgender Masernschutz vor:

- vollständig geimpft
 - Personen ≥ 1 Jahr: 1 Masern-Impfung, nächster Impftermin ab
 - Personen, die nach 1970 geboren sind und ≥ 2 Jahre: 2 Masern-Impfungen
- unvollständig geimpft
- ungeimpft (ACHTUNG: Kinder < 1 Jahr müssen noch keine Impfung nachweisen; können ohne Nachweis aufgenommen werden)
- ärztlich bestätigter Nachweis einer Masern-Immunität (durch Bluttest, sog. Titerbestimmung)
- ärztlich bestätigte medizinische Kontraindikation für Masernschutzimpfung
 - dauerhaft
 - vorübergehend, Dauer:
- Kein Impfausweis vorgelegt

.....

Datum, Ort, Stempel

.....

Unterschrift der Ärztin/des Arztes: