

Bescheinigung über den erbrachten Nachweis des Masernschutzes gemäß Masernschutzgesetz

Hiermit wird der bereits erfolgte Nachweis der Masernimmunität bestätigt.

Name, Vorname: _____

Geb. am: _____

- Es liegt folgender Masernschutz vor:
- Vollständig geimpft
 - Person > 1 Jahr: 1. Masern-Impfung. Nächster Impftermin ab _____
 - Personen, die nach 1970 geboren sind und Alter > 2 Jahre: 2 Masern-Impfungen
- Ärztlich bestätigter Nachweis einer Masern-Immunität (durch Bluttest, sog. Titerbestimmung)
- Ärztlich bestätigte medizinische Kontraindikation für Masern-Schutzimpfung

Datum

Unterschrift niedergelassener Arzt/Praxis
