

**Bescheinigung zum Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

**Masernschutz**

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Klasse:

Adresse:

Für die o.g. Person wird bescheinigt, dass folgender, altersentsprechender, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG ausreichender Masernschutz vorliegt:

2 Masernimpfungen

Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte

**Befreiung von einer Masern-Impfung (ärztliches Attest):**

Es liegt eine dauerhafte medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann.

Es liegt eine vorübergehende medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer zur Zeit nicht gegen Masern geimpft werden kann; eine erneute Impffähigkeit ist ab folgendem Datum zu prüfen:

Ort, Datum Unterschrift Ärztin / Arzt Arztstempel