

Ärztliche Bescheinigung der Masern-Immunitätslage nach §20 Abs. 8-14 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Titel, Name, Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Sehr geehrte/geehrter (*)Frau/Herr (*) _____ (Titel, Name),

bei Ihnen wurde am _____ (Datum) die Kontrolle Ihrer Immunitätslage gegen Masern durchgeführt. Hierbei ergab sich folgende Bewertung Ihrer Immunitätslage:

- Von ausreichender Immunität gegen Masern ist auszugehen (zweimalige Impfung oder serologischer Immunitätsnachweis)
- Von ausreichender Immunität gegen Masern ist **nicht** auszugehen
- Aufgrund einer medizinischen Kontraindikation kann **nicht** geimpft werden

Name (Ärztin/Arzt)

Anschrift der Praxis

Datum, Unterschrift (Ärztin/Arzt)

Stempel

(*) Unzutreffendes bitte streichen