



Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

Straße, Hausnummer

---

Postleitzahl, Wohnort

---

Matrikelnummer

---

Aktuelles Fachsemester

---

Studiengang

☐ Molekulare Medizin

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

Am \_\_\_\_\_ (Datum) wurde bei \_\_\_\_\_ (Vorname Nachname Studierender),

geboren am \_\_\_\_\_ (Geburtsdatum) die Kontrolle der Immunitätslage gegen Masern  
durchgeführt.

Hierbei ergab sich folgende Bewertung:

- ☐ 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



\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (Ärztin/Arzt)

Stempel