

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| | | geb. am |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

(zur maschinellen Dokumentation)

| | |
|----------------------------------------------|----------|
| Name, Vorname: | geb. am: |
| Name, Vorname der/des Erziehungsberechtigten | |
| Straße, Hausnummer: | |
| Postleitzahl, Wohnort | |

(zur handschriftlichen Dokumentation)

Ärztliche Bescheinigung über den Masernschutz

Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) für Personen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1- 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer IfSG

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

- Masernschutz vorhanden**
 - eine dokumentierte Masernimpfung (ab Vollendung des 1. Lebensjahres)
 - zwei dokumentierte Masernimpfungen (ab Vollendung des 2. Lebensjahres)
 - Immunität gegen Masern nachgewiesen (serologischer Labornachweis)

- dauerhafte medizinische Kontraindikation**

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin oder des Arztes

Stempel der Ärztin oder des Arztes