

# Impfbescheinigung

zur Vorlage beim Arbeitgeber/ Leitung der Einrichtung

Ärztliche Bescheinigung zum Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)															
Name, Vorname der Person		Geburtsdatum:													
Adresse:															
Für die o.g. Person wird bescheinigt, dass folgender, altersentsprechender, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG ausreichender Masernschutz vorliegt:															
<input type="checkbox"/> 2 Masernimpfungen*		<input type="checkbox"/> Immunität gegen Masern***													
<b>Befreiung von einer Masern-Impfung:</b>															
<input type="checkbox"/> Es liegt eine <u>dauerhafte</u> medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann.															
<input type="checkbox"/> Es liegt eine <u>vorübergehende</u> medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer zur Zeit nicht gegen Masern geimpft werden kann; eine erneute Impffähigkeit ist ab folgendem Datum zu prüfen:															
		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													
Ort,	Datum	Unterschrift Ärztin / Arzt	Arztstempel												

\* für Personen, die nach dem 31.12.1970 geboren sind.

\*\* serologischer Labornachweis