



PuG Ambulanter Pflegedienst | An der Ziegelei 12 | 45721 Haltern am See

Ärztliche Bescheinigung zum Nachweis von Masernimmunität

Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

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

- 2 Masernschutzimpfungen (für Personen nach vollendetem 2. Lebensjahr; älter als 24 Monate)
- 1 Masernschutzimpfung (ausreichend für Kinder im 2. Lebensjahr; von 13-24 Monate)
- Eine Immunität gegen Masern (serologischer Labornachweis) liegt vor.

Befreiung von einer Masern-Impfung:

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

Nicht-Erfüllung einer Masern-Impfung:

- Es konnte keiner der oben aufgeführten Nachweise vorgelegt werden.

Ort, Datum

Unterschrift des ausstellenden Arztes

(Stempel der Praxis)

Ort, Datum

Unterschrift Personalabteilung