

**Ärztliche Bescheinigung zum Masernschutzgesetz**  
(Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz)

|  |               |
|--|---------------|
| Name, Vorname:   | Geburtsdatum: |
| Adresse:   |               |
| Name und Anschrift der Einrichtung (Schule, KiTa, ...) |               |

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

- 2 Masernschutzimpfungen (für Personen nach dem 2. Geburtstag)
- 1 Masernschutzimpfung (ausreichend für Kinder im 2. Lebensjahr)
- Eine Immunität gegen Masern (serologischer Labornachweis) liegt vor.

**Befreiung von einer Masern-Impfung:**

- Es liegt eine dauerhafte medizinische Kontraindikation vor, aufgrund der nicht gegen Masern geimpft werden kann.
- Es liegt eine vorübergehende medizinische Kontraindikation bis \_\_\_\_\_ vor, aufgrund der nicht gegen Masern geimpft werden kann.

---

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel