

Anlage 4 bzw. 5 zum Kooperationsvertrag mit außerschulischen
Kooperationspartnern
NACHWEIS MASERNSCHUTZ

Ärztlicher Nachweis Masernschutz gemäß Masernschutzgesetz

Bei

Name, Vorname:

geb. am.:

Anschrift:

.....

liegt folgender Masernschutz vor:

- vollständig geimpft
 - Personen ≥ 1 Jahr: 1 Masern-Impfung; nächster Impftermin ab
 - Personen, die nach 1970 geboren sind und ≥ 2 Jahre: 2 Masern-Impfungen
- unvollständig geimpft
- ungeimpft
- ärztlich bestätigter Nachweis einer Masern-Immunität (durch Bluttest/Titerbestimmung)
- ärztlich bestätigte medizinische Kontraindikation für Masernschutzimpfung
 - dauerhaft
 - vorübergehend; Dauer:
- keinen Impfausweis vorgelegt

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes