

## Ärztlicher Nachweis Masernschutz gemäß Masernschutzgesetz

Bei

Name, Vorname: .....

geb. am.: .....

Anschrift: .....

.....

liegt folgender Masernschutz vor:

- vollständig geimpft
  - Personen  $\geq 1$  Jahr: 1 Masern-Impfung; nächster Impftermin ab .....
  - Personen, die nach 1970 geboren sind und  $\geq 2$  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