

Musterformular 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