

Ärztliche Bescheinigung

Als Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Vorname _____

Name _____

Geburtsdatum _____

Bei Minderjährigen: Name der Erziehungsberechtigten

Adresse

Erreichbarkeit tagsüber (Telefon/E-Mail)

Für o.g. Person kann gemäß § 20 Absatz 9.2 IfSG Masernschutz bescheinigt werden durch:

() 2 Masernimpfungen

() Existierende Immunität

() Medizinische Kontraindikation

Ort, Datum _____

Unterschrift, Stempel Ärztin/Arzt