

Bescheinigung über die ärztliche Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben nach § 20 Absatz 9 der Infektionsschutzgesetzes

Das Kind

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

erfüllt die Gesetzlichen Vorgaben nach § 20 Absatz 9 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) in folgendem Sinne:

- Es besteht ein vollständiger Impfschutz gegen Masern. (2 Impfungen)
- Es besteht ein unvollständiger Impfschutz gegen Masern (1 Impfungen)
- Es liegt eine Immunität gegen Masern vor.
- Das Kind kann aufgrund von dauerhaften medizinischen Gründen (Kontraindikation) nicht geimpft werden.

Ort, Datum _____

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Stempel der Ärztin/des Arztes