

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

(zur maschinellen Dokumentation)

Name, Vorname:	geb. am:
Name, Vorname der/des Erziehungsberechtigten	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Wohnort	

(zur handschriftlichen Dokumentation)

### **Ärztliche Bescheinigung über den Masernschutz**

Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) für Personen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1- 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer IfSG

**Für die o.g. Person wird bescheinigt, dass folgender, altersentsprechender, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG genügender Masernschutz vorliegt:**

- Masernschutz vorhanden**
  - eine dokumentierte Masernimpfung (ab Vollendung des 1. Lebensjahres)
  - zwei dokumentierte Masernimpfungen (ab Vollendung des 2. Lebensjahres)
  - Immunität gegen Masern nachgewiesen (serologischer Labornachweis)
  
- dauerhafte medizinische Kontraindikation**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin oder des Arztes

Stempel der Ärztin oder des Arztes