

(Stempel der Arztpraxis)

Nachweis - Bescheinigung

Hiermit wird für _____
(Name, Vorname) (Geburtstag)

(Wohnanschrift)

bestätigt, dass bei der genannten Person

☐ ein **ausreichender Impfschutz** – im Sinne des § 20 Abs. 8 Satz 2 IfSG –
gegen Masern besteht¹
(§ 20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 IfSG)

oder

☐ eine **Immunität gegen Masern** vorliegt
(§ 20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 Alternative 1 IfSG)

oder

☐ eine Impfung aufgrund einer **medizinischen Kontraindikation** nicht erfolgen
kann.
(§ 20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 Alternative 2 IfSG)

(Ort, Datum)

(Unterschrift Ärztin oder Arzt)

¹ Nachgewiesen durch eine Impfdokumentation nach § 22 Absätze 1 und 2 IfSG oder ein ärztliches Zeugnis auch in Form einer Dokumentation nach § 26 Absatz 2 Satz 4 SGB V.