

(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 besteht<sup>1</sup>

*(§ 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)

---

<sup>1</sup> 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.