

Marsbruchstr. 176 | 44287 Dortmund | Tel.: 0231 / 53470-2100 | Fax: 0231 / 53470-2103 | schule-am-marsbruch@lwl.org | www.marsbruch.net

Ärztliche Bescheinigung  
Nachweis gemäß § 20 Abs. 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | Geburtsdatum: |  |
| Vorname: |  | PLZ: |  |
| Straße: |  | Ort: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Für die o.g. Person wird bescheinigt, dass folgender, altersentsprechender, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG genügender Masernschutz vorliegt:** | |
|  | 2 Masernschutzimpfungen (für Personen nach vollendetem 2. Lebensjahr) |
|  | 1 Masernschutzimpfung (ausreichend für Kinder im 2. Lebensjahr) |
|  | Eine Immunität gegen Masern (serologischer Labornachweis) liegt vor. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Befreiung von einer Masern-Impfung:** | |
|  | Es liegt eine dauerhafte, medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann. |

|  |
| --- |
| **Behandelnde Ärztin oder behandelnder Arzt** |
| Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der obigen Angaben. |
|  |
| |  |  | | --- | --- | | Datum: |  | |
|  |
| |  | | --- | |  | |
| Unterschrift und Stempel der Arztpraxis |