

(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.