

Frau/ Herr

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

### **Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

Name; Vorname , Geburtsdatum

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

- 2 Masernschutzimpfungen
- 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.
- Für o.g. Person konnte § 20 Absatz 9 IfSG NICHT als erfüllt bewertet werden.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Stempel/ Arzt/Ärztin