(Stempel der Arztpraxis)

**N a c h w e i s - B e s c h e i n i g u n g**

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.