

Bestätigung über den erbrachten Nachweis des Masernschutzes gemäß Masernschutzgesetz

Hiermit wird der bereits erfolgte Nachweis der Masernimmunität bestätigt.

Name, Vorname: _____

Geb. am: _____

Es liegt folgender Masernschutz vor:

- Vollständig geimpft: Personen, die nach 1970 geboren sind und Alter > 2 Jahre: 2 Masern-Impfungen (Bestätigung im Impfausweis)
- Ärztlich bestätigter Nachweis einer Masern-Immunität (durch Bluttest, sog. Titerbestimmung)
- Ärztlich bestätigte medizinische Kontraindikation für Masern-Schutzimpfung

Den Nachweis (Impfausweis / ärztl. Bescheinigung) legen wir bei der Anmeldung vor bzw. als Kopie der Anmeldung bei.

Datum

Unterschrift eines/r Personensorgeberechtigten
