

Zur Vorlage

Stempel der Einrichtung:

Ihr Zeichen	Unser Zeichen	Es informiert Sie	Telefon	E-Mail	Datum
-------------	---------------	-------------------	---------	--------	-------

**Umsetzung des Masernschutzgesetzes  
Bescheinigung über den ausreichenden Masernschutz gemäß § 20 IfSG**

Sehr geehrte Damen und Herren,

es wird hiermit bescheinigt, dass die nachfolgend genannte Person

Name, Vorname(n), ggf. Geburtsname	
Geburtsdatum	Geschlecht
Anschrift	

einen Nachweis vorgelegt hat, aus dem hervorgeht, dass:

- eine Immunität gegen Masern besteht.
- die erste Schutzimpfung gegen Masern durchgeführt wurde.
- die zweite Schutzimpfung gegen Masern durchgeführt wurde.
- wegen einer medizinischen Kontraindikation eine Masernschutzimpfung nicht möglich ist.

Mit freundlichen Grüßen

---

Name, Vorname (Unterschrift)  
Leitung der Einrichtung