

## Ärztliche Bescheinigung zum Nachweis eines ausreichenden Impfschutzes gegen Masern oder einer Immunität gegen Masern

Stempel der Arztpraxis

Für Frau/Herr

---

geboren am

---

in

---

wird bestätigt, dass

ein ausreichender Impfschutz<sup>1)</sup> im Sinne des §20 Abs. 8 Satz 2 IfSG gegen Masern besteht (§20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 IfSG)  
oder  
 eine Immunität gegen Masern besteht (§20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 IfSG).

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Ärztin/Arzt

Ich bin damit einverstanden, dass die angegebenen Daten zum Zweck der Information aller Kooperationspartner im Ausbildungsverbund verwendet und an diese weitergeleitet werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Auszubildende/r

<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.