

## Nachweis des Masernschutzes gemäß Masernschutzgesetz

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Es liegt folgender Masernschutz vor:

- vollständig geimpft (2 Masern-Impfungen)  
**Bitte eine Kopie des Impfausweises beifügen!**
- ärztlich bestätigter Nachweis einer Masern-Immunität (durch Bluttest, sog. Titerbestimmung)  
**Bitte einen ärztlichen Nachweis beifügen!**
- ärztliche bestätigte medizinische Kontraindikation für Masernschutzimpfung  
**Bitte einen ärztlichen Nachweis beifügen!**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte/n