

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