

Dokumentation zum Masernschutzgesetz

Betroffene Person:

Name, Vorname
Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)
Name der Einrichtung
Schuljahr / Klasse (nur bei Schülerinnen und Schülern)

Die o.g. Person hat den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG:

- ☐ **ihre Masernimmunität nachgewiesen.**
- ☐ **eine dauerhafte medizinische Kontraindikation nachgewiesen.**
- ☐ **keinen Nachweis erbracht.**

Ort, Datum

Unterschrift der Einrichtung