Anlage 2

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

(zur maschinellen Dokumentation)

Name, Vorname:	geb. am:
Name, Vorname der/des Erziehungsberechtigten	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Wohnort	

(zur handschriftlichen Dokumentation)

Ärztliche Bescheinigung über den Masernschutz

Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) für Personen
nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1- 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer IfSG

Für die o.g. Person wird bescheinigt, dass folgender, altersentsprechender, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG genügender Masernschutz vorliegt:

☐ **Masernschutz vorhanden**

- ☐ eine dokumentierte Masernimpfung (ab Vollendung des 1. Lebensjahres)
- ☐ zwei dokumentierte Masernimpfungen (ab Vollendung des 2. Lebensjahres)
- ☐ Immunität gegen Masern nachgewiesen (serologischer Labornachweis)

☐ **dauerhafte medizinische Kontraindikation**

Stempel der Ärztin oder des Arztes

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift der Ärztin oder des Arztes