

Ärztliche Bescheinigung über das Vorliegen eines vollständigen Masernschutzes

für eine Tätigkeit in einer Schule gemäß § 20 Absatz 9 IfSG

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	

Ein ausreichender Schutz gegen Masern entsprechend Masernschutzgesetz ist gegeben (zweimalige Impfung bzw. ärztlich nachgewiesene Immunität):

ja

nein

Falls nein:

Eine dauerhafte/temporäre¹ Kontraindikation² liegt vor:

ja

nein

Bemerkungen:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

¹ Zutreffendes bitte kennzeichnen

² siehe Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission - Allgemeine Kontraindikationen bei Schutzimpfungen (<https://www.slaek.de/media/dokumente/02medien/Patienten/gesundheitsinformationen/impfen/e2.pdf>)