

Nachweispflicht gemäß Masernschutzgesetz

Name: _____

Vorname: _____

geboren am: _____

Klasse: _____

Vom Arzt auszufüllen:

Die/Der o. g. Patient*in verfügt über folgenden Masernschutz bzw. ist ohne Masernschutz:

- Masern-Virus-Antikörper (Typ IgG) wurden nachgewiesen
- Der vollständige Impfschutz ist gegeben (mind. 2 Impfungen im Impfpass)
- Es liegt eine Kontraindikation vor / keine Impfung
- Es liegt kein Masernschutz vor

Ort, Datum _____

Name des Arztes _____

Praxisstempel:

Unterschrift des Arztes: _____

In der Schule vorgelegt: (Eingangsstempel)