



**Kleeflitzer**

## Nachweis Masernimpfung

**gemäß §20 Abs.9 Satz 1, Abs. 8 Satz 1 Nr. 1  
Infektionsschutzgesetz**

**in Verbindung mit § 34 Abs. 10b Infektionsschutzgesetz**

Hiermit bestätigen wir, dass das Kind:

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Nachname,

Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

- (bitte entsprechend ankreuzen)
- ausreichend gegen Masern geimpft wurde (ärztliches Attest oder Kopie Impfausweis ist beigelegt).
- bereits an den Masern erkrankt war (ärztliches Attest ist beigelegt).
- aus gesundheitlichen Gründen nicht gegen Masern geimpft werden kann (ärztliches Attest ist beigelegt).

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Praxisstempel & Unterschrift