

**Nachweis gemäß  
„Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der  
Impfprävention“ (Masernschutzgesetz)**

<b>Name, Vorname*</b>	<b>Anschrift*</b>	<b>Geburtsdatum*</b>

**Wichtig: Nachweis nur notwendig, wenn nach dem 31.12.1970 geboren.**

Nachweis durch (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Impfausweis/ Impfdokumentation (2-mal geimpft)
- ärztliches Zeugnis, auch in Form einer Anlage zum Untersuchungshaft für Kinder nach § 26 SGB V, dass ein Impfschutz gegen Masern besteht (ggf. Kopie)
- ärztliches Zeugnis darüber, dass eine Immunität gegen Masern vorliegt (ggf. Kopie)
- Bestätigung, dass aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden kann

Nachweis zur Kenntnis genommen:

<b>vom Mitarbeiter*/ von der Mitarbeiterin* auszufüllen</b>	<b>vom Arzt/ von der Ärztin auszufüllen</b>
<b>Name, Vorname*</b>	<b>Name, Vorname Arzt/ Ärztin</b>
<b>Ort/ Datum*</b>	<b>Ort/ Datum</b>
<b>Unterschrift Mitarbeiter/ in*</b>	<b>Unterschrift Arzt/ Ärztin</b>
	<b>Praxisstempel</b>