

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

Hiermit wird bestätigt, dass bei

Frau/Herrn/Diverse: _____

Geburtsdatum: _____

ein ausreichender Impfschutz gegen Masern gem. § 20 Abs. 9 Nr. 1 IfSG besteht.

eine Immunität gegen Masern vorliegt gem. § 20 Abs. 9 Nr. 2 IfSG.

eine medizinische Kontraindikation vorliegt und demnach nicht geimpft werden kann
gem. § 20 Abs. 9 Nr. 2 IfSG.

Sonstige Hinweise

Ort / Datum

Unterschrift der Ärztin / des Arztes, Stempel der Arztpraxis

R:\11-1\Ausbildung_Praktika_Freiwilligen Dienst\1_Organisatorisches\5. Vorlagen allgemein