



Hiermit wird für

Name, Vorname des Kindes	
Geburtsdatum des Kindes	
Straße und Hausnummer	
PLZ Wohnort	

bestätigt, dass bei der genannten Person

- ein ausreichender Impfschutz – im Sinne des § 20 Abs. 8 Satz 2 IfSG – gegen Masern besteht.  
(§ 20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 IfSG)

oder

- eine Impfung aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht erfolgen kann.  
(§ 20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 Alternative 2 IfSG)

oder

- eine Immunität gegen Masern vorliegt. Ein ärztliches Attest ist erforderlich!  
(§ 20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 Alternative 1 IfSG)

---

**Ort, Datum**

**Unterschrift des Arztes/der Ärztin und Stempel der Praxis**