

## Ärztliche Bescheinigung über das Vorliegen eines vollständigen Masernschutzes

für eine Tätigkeit in einer Schule gemäß § 20 Absatz 9 IfSG

|              |  |
|--------------|--|
| Name         |  |
| Vorname      |  |
| Geburtsdatum |  |
| Anschrift    |  |

Ein ausreichender Schutz gegen Masern entsprechend Masernschutzgesetz ist gegeben  
(zweimalige Impfung bzw. ärztlich nachgewiesene Immunität):

ja

nein

Falls nein:

Eine dauerhafte/temporäre<sup>1</sup> Kontraindikation<sup>2</sup> liegt vor:

ja

nein

Bemerkungen:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

<sup>1</sup> Zutreffendes bitte kennzeichnen

<sup>2</sup> siehe Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision - Allgemeine Kontraindikationen bei Schutzimpfungen  
(<https://www.slaek.de/media/dokumente/02medien/Patienten/gesundheitsinformationen/impfen/e2.pdf>)