**Ärztliche Bescheinigung**

Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
| Adresse: | |

**Für die o.g. Person wird bescheinigt, dass folgender, altersentsprechender, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG genügender Masernschutz vorliegt:**

⬜ 2 Masernschutzimpfungen (für Personen nach vollendetem 2. Lebensjahr)

**Zur Vorlage bei der Einrichtungsleitung / Arbeitsstelle**

⬜ 1 Masernschutzimpfung (ausreichend für Kinder im 2. Lebensjahr)

⬜ Eine Immunität gegen Masern (serologischer Labornachweis) liegt vor.

**Befreiung von einer Masern-Impfung:**

⬜ Es liegt eine medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann.

⬜ Die Kontraindikation besteht dauerhaft.

⬜ Die Kontraindikation ist voraussichtlich befristet bis zum \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift | Stempel |

Quelle: Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Stand: 24.08.2023

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………….……

✂

✂

**Ärztliche Bescheinigung – Qualifiziertes Attest bei Kontraindikationsstellung**

Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
| Adresse: | |

**Für die o.g. Person wird bescheinigt, dass sie aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen Masern geimpft werden kann.**

⬜ Die Kontraindikation besteht dauerhaft.

⬜ Die Kontraindikation ist voraussichtlich befristet bis zum \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

**Nennung der die Kontraindikation begründenden Diagnosen und sachdienliche Erläuterungen:**

**Zur Vorlage beim Gesundheitsamt** (nur nach behördlicher Aufforderung)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift | Stempel |

Quelle: Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Stand: 24.08.2023