



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

.....
Name, Vorname **Anschrift** **Geburtsdatum:**

Wichtig: Geburtsdatum nach 31.12.1970 – vorher kein Nachweis notwendig.

Nachweis durch (zutreffendes bitte ankreuzen);

- Impfausweis/Impfdokumentation (2 mal geimpft)
- ärztliches Zeugnis, auch in Form einer Anlage zum Untersuchungsheft 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 (4-Augen-Prinzip):

.....
Name, Vorname (Bewerber[in])

.....
Name, Vorname (Arzt/Ärztin)

.....
Ort / Datum

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift

.....
Unterschrift

Praxisstempel