

## Ärztliche Bescheinigung

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Wurde am \_\_\_\_\_ von mir untersucht.

- Gegen den Besuch der Kindertagesstätte bestehen keine Bedenken.
- Das Kind war zu Zeitpunkt der Untersuchung frei von erkennbaren ansteckenden Krankheiten und Parasiten im Sinne des § 34 IfSG.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift Arzt

## Nachweis gemäß § 20 Abs. 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

- 2 Masernschutzimpfungen (für Personen nach vollendetem 2. Lebensjahr)
- 1 Masernschutzimpfung (ausreichend für Kinder im 2. Lebensjahr)
- Eine Immunität gegen Masern (serologischer Labornachweis) liegt vor.

Befreiung von einer Masern-Impfung:

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

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift Arzt

