

Bestätigung zur Vorlage in einer Gemeinschaftseinrichtung

Ärztliches Zeugnis

Erklärung des Arztes/der Ärztin¹:

- Hiermit bestätige ich, dass das u.g. Kind eine Masernimmunität aufweist (serologische Überprüfung bzw. zwei Masernimpfungen).
- Hiermit bestätige ich, dass bei dem u.g. Kind eine medizinische Kontraindikation gegen die Masernimpfung
- aktuell
- dauerhaft
- vorliegt.
- Die Masernimpfung kann frühestens am² __ __ nachgeholt werden.

(Vor-, Familienname und Geburtsdatum des Kindes)

Stempel der betreuenden Arztpraxis

Datum und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

¹ Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an.

² Bitte tragen Sie ein Datum ein.