

Bestätigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

Ärztliches Zeugnis

Erklärung des Arztes/der Ärztin¹:

- Hiermit bestätige ich, dass die u.g. Person eine Masernimmunität aufweist (serologische Überprüfung bzw. zwei Masernimpfungen).
- Hiermit bestätige ich, dass bei der u.g. Person eine medizinische Kontraindikation gegen die Masernimpfung
- aktuell
- dauerhaft

vorliegt.

- Die Masernimpfung kann frühestens am² __ __ nachgeholt werden.

(Vor-, Familienname und Geburtsdatum der Person)

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.