



Kleeflitzer

Nachweis Masernimpfung

**gemäß §20 Abs.9 Satz 1, Abs. 8 Satz 1 Nr. 1
Infektionsschutzgesetz**

in Verbindung mit § 34 Abs. 10b Infektionsschutzgesetz

Hiermit bestätigen wir, dass das Kind:

_____ , _____

Nachname,

Vorname

Geburtsdatum

- (bitte entsprechend ankreuzen)
- ausreichend gegen Masern geimpft wurde (ärztliches Attest oder Kopie Impfausweis ist beigelegt).
- bereits an den Masern erkrankt war (ärztliches Attest ist beigelegt).
- aus gesundheitlichen Gründen nicht gegen Masern geimpft werden kann (ärztliches Attest ist beigelegt).

Datum

Praxisstempel & Unterschrift