



**Kleeflitzer**

**Anlage 2 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 (Nachweis ist beigefügt).



bereits an den Masern erkrankt war (ärztliches Attest ist beigefügt).



aus gesundheitlichen Gründen nicht gegen Masern geimpft werden kann (ärztliches Attest ist beigefügt).

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Praxisstempel & Unterschrift