



Ärztliche Bescheinigung

Hiermit wird bescheinigt, dass

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

- über eine ausreichende Immunität gegen Masern verfügt. Der Nachweis wurde erbracht durch
- die Vorlage des Impfausweises mit Dokumentation eines **ausreichenden** Impfschutzes*.
 - eine Antikörpertiter-Bestimmung.
 - eine ärztliche Bestätigung einer durchgemachten Masernerkrankung.
- Die erste Schutzimpfung gegen Masern wurde altersgemäß ab der Vollendung des ersten Lebensjahres gegeben (notwendig zur Aufnahme und Betreuung im Familienzentrum Mörfelden-Walldorf e.V.).
- Die zweite Schutzimpfung gegen Masern wurde altersgemäß ab der Vollendung des zweiten Lebensjahres gegeben. Es besteht nun ein **ausreichender** Impfschutz* gegen Masern (notwendig zur Weiterbetreuung ab dem 2. Geburtstag im Familienzentrum Mörfelden-Walldorf e.V.).
- aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen Masern geimpft werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes/der Ärztin, Praxisstempel

*Ein **ausreichender** Impfschutz gegen Masern besteht, wenn ab der Vollendung des ersten Lebensjahres mindestens eine Schutzimpfung und ab der Vollendung des zweiten Lebensjahres mindestens zwei Schutzimpfungen gegen Masern bei der betroffenen Person durchgeführt wurden. Erwachsene, die nach 1971 geboren sind, müssen zwei Impfungen nachweisen. Erwachsene bis einschließlich Jahrgang 1970 müssen keine Impfung nachweisen.