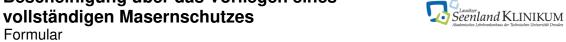
Bescheinigung über das Vorliegen eines



⊠ LSK	□ BVG	☐ LMed	☐ LCatering	☐ LClean	□ MVZ
	<u>Bescheinigur</u>	ıg über das Vol	rliegen eines vollstä	indigen Maserns	<u>schutzes</u>
			Einrichtung nach § mer 4 nach dem Infe		itz 1, § 33 Nummer 1 setz (IfSG)
Name, Vor	name:				
Geburtsdat	:um:				
Anschrift:					<u>:</u>
		npfungen gege nschutzgesetz	en Masern oder eine auf:	e Immunität geg	en Masern
□ Ja		Nein *			
* Die Perso	on kann aufgru	nd einer medizi	inischen Kontraindik	kation¹ nicht gei	mpft werden:
☐ Ja		Nein *			
Die vorhan	dene Kontraind	dikation wurde	in der Patientenakte	e ausreichend b	egründet.
Ort, Datum			Stempel und Un	terschrift der Är	ztin/des Arztes

(https://www.slaek.de/media/dokumente/02medien/Patienten/gesundheitsinformationen/impfen/e2.pdf)

Freigabedatum: 20.04.2020 Freizeichner: Geschäftsführer Freizeichner: Jörg Scharfenberg

¹ siehe Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission Allgemeine Kontraindikationen bei Schutzimpfungen