

**Bescheinigung über das Vorliegen eines
vollständigen Masernschutzes**
Formular

LSK BVG LMed LCatering LClean MVZ

Bescheinigung über das Vorliegen eines vollständigen Masernschutzes

für die Aufnahme einer Tätigkeit in einer Einrichtung nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____ : _____

O. g. Person weist zwei Impfungen gegen Masern oder eine Immunität gegen Masern entsprechend dem Masernschutzgesetz auf:

Ja Nein *

* Die Person kann aufgrund einer medizinischen Kontraindikation¹ nicht geimpft werden:

Ja Nein *

Die vorhandene Kontraindikation wurde in der Patientenakte ausreichend begründet.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

¹ siehe Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission Allgemeine Kontraindikationen bei Schutzimpfungen
(<https://www.slaek.de/media/dokumente/02medien/Patienten/gesundheitsinformationen/impfen/e2.pdf>)