**Ärztliches Attest**

**zum Nachweis eines ausreichenden Immunschutzes (§§ 20 Abs. 8 Nr. 3, 23, 23a IfSG, Masernschutzgesetz) in medizinischen Einrichtungen zur Einstellung**

Hiermit wird bestätigt, dass

**Name: Vorname: Geburtsdatum:**

gegen **Masern**

zwei Impfungen (für nach 1970 geborene Personen) oder serologischer Schutznachweis:

 (keine Krankenkassenleistung)

 ja O nein O ja O nein O

geimpft ist.

Ort, Datum Unterschrift Arztstempel