

# Anlage 2

|                                |                  |         |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |         |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |         |
|                                |                  | geb. am |
| Kassen-Nr.                     | Versicherten-Nr. | Status  |
| Betriebsstätten-Nr.            | Arzt-Nr.         | Datum   |

(zur maschinellen Dokumentation)

|  |          |
|--|----------|
| Name, Vorname:                               | geb. am: |
| Name, Vorname der/des Erziehungsberechtigten |          |
| Straße, Hausnummer:                          |          |
| Postleitzahl, Wohnort                        |          |

(zur handschriftlichen Dokumentation)

## Ärztliche Bescheinigung über den Masernschutz

Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) für Personen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1- 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer IfSG

**Für die o.g. Person wird bescheinigt, dass folgender, altersentsprechender, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG genügender Masernschutz vorliegt:**

- Masernschutz vorhanden**
  - eine dokumentierte Masernimpfung (ab Vollendung des 1. Lebensjahres)
  - zwei dokumentierte Masernimpfungen (ab Vollendung des 2. Lebensjahres)
  - Immunität gegen Masern nachgewiesen (serologischer Labornachweis)
  
- dauerhafte medizinische Kontraindikation**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin oder des Arztes

Stempel der Ärztin oder des Arztes