

Bestätigung über einen ausreichenden Masernschutz

Hiermit bestätige ich, dass

Name, Vorname

Adresse

Geboren am:

- über einen Masernschutz nachgewiesen durch:
- Impfpass
 - Ärztliche Bescheinigung über Immunität verfügt
- eine dauerhafte medizinische Kontraindikation gegen die Masernschutzimpfung vorliegt.
- über keinen ausreichenden Masernschutz verfügt !

Ort, Datum

Unterschrift Arzt, Stempel