**Dokumentation zum Masernschutzgesetz**

Betroffene Person:

|  |
| --- |
| Name, Vorname |
| Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr) |
| Name der Einrichtung |
| Schuljahr / Klasse (nur bei Schülerinnen und Schülern) |

**Die o.g. Person hat den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG:**

**ihre** **Masernimmunität nachgewiesen.**

**eine** **dauerhafte medizinische Kontraindikation nachgewiesen.**

**keinen Nachweis erbracht.**

Ort, Datum

Unterschrift der Einrichtung