

Dekanat des Fachbereichs Medizin
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
Vorklinik
(Haus 10-A, 2. OG, Raum 211)
Bitte per E-Mail an: dekanat.masernimpfung@kgu.de

Ärztliche Bescheinigung

Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

| | |
|---------------|-----------------|
| Nachname: | Vorname: |
| Geburtsdatum: | Matrikelnummer: |
| Adresse: | |

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

- 2 Masernschutzimpfungen (für Personen nach vollendetem 2. Lebensjahr)
- Eine Immunität gegen Masern (serologischer Labornachweis) liegt vor.

Befreiung von einer Masern-Impfung:

- Es liegt eine **dauerhafte**, medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann.
- Es liegt eine **vorübergehende**, medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann.

Datum, Praxisstempel und
Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift Studentin / Student