

## 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