

Bescheinigung über bestehenden Impfschutz/Immunität gegen Masern

Nachweis durch:

Zwei dokumentierte Masernimpfungen

Masern-Antikörper Nachweis

Medizinische Kontraindikation gegen die Masernimpfung liegt vor

Datum: _____

Stempel

Unterschrift Ärztin/Arzt