

	Formular	ID: 6911
	Formular Attest zum Masernschutz	Version: 001/06.2026
		Seite 1 von 1

Dieses Formblatt dient dem Nachweis des Masernschutzes für Beschäftigte in Krankenhäusern gemäß § 20 Abs. 8 in Verbindung mit Abs. 9 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG). Es kann von niedergelassenen Ärzten oder Betriebsärzten ausgestellt werden, um Impfschutz, Immunität oder eine Kontraindikation zu bestätigen.

Ärztliche Bescheinigung zum Masernschutz Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

1. Angaben zur Person (Beschäftigte/r)

Name, Vorname: _____, geb. _____

Anschrift: _____

2. Ärztlicher Nachweis

Für die oben genannte Person wird auf der Grundlage der ärztlichen Dokumentation bzw. Untersuchung Folgendes bescheinigt (Zutreffendes ankreuzen):

☐ **A. Impfschutz**

Es liegen mindestens zwei Masernschutzimpfungen vor.

☐ **B. Immunität**

Es besteht eine ausreichende Immunität gegen Masern
(nachgewiesen durch serologische Titerbestimmung / Labornachweis).

☐ **C. Medizinische Kontraindikation**

Es liegt eine medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer die betroffene Person nicht gegen Masern geimpft werden kann.

☐ Die Kontraindikation ist **dauerhaft**.

☐ Die Kontraindikation ist **vorübergehend** (vs. bis zum: _____).

3. Weitere Angaben (optional/falls zutreffend)

Der/Die Beschäftigte kann einen erforderlichen Nachweis über den Impfschutz/die Immunität voraussichtlich ab dem _____ erbringen.

4. Stempel und Unterschrift des Ausstellers

Ausstellende Stelle (Praxis/Gesundheitsamt)
Name und Anschrift

Datum
Unterschrift/Stempel des Arztes

Bearbeitung: Alker, Raimund 25.06.2026	Prüfung: Ulrich, Nelli 25.06.2026	Freigabe: Alker, Raimund 25.06.2026
---	--------------------------------------	--