

**Bitte reichen Sie diese Bescheinigung vor Beginn des Praktikums
in der Kindertagesstätte bei der Kita-Leitung ein!**

Ärztliche Bescheinigung

Hiermit wird bescheinigt, dass

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

über Immunität gegen Masern verfügt.

Der Nachweis wurde erbracht durch

- Vorlage des Impfausweises mit Dokumentation eines ausreichenden Impfschutzes.*
- Antikörpertiter-Bestimmung.
- ärztliche Bestätigung einer durchgemachten Masernerkrankung.

aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen Masern geimpft werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes/der Ärztin, Praxisstempel

*Ein ausreichender Impfschutz gegen Masern besteht, wenn ab der Vollendung des ersten Lebensjahres mindestens eine Schutzimpfung und ab der Vollendung des zweiten Lebensjahres mindestens zwei Schutzimpfungen gegen Masern bei der betroffenen Person durchgeführt wurden.