



Bitte von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt ausfüllen lassen und mit den Unterlagen zur Immatrikulation einreichen

Please have your doctor fill it out and submit it with the documents for enrolment

Ärztliche Bescheinigung/*Medical certificate*

Nachweis gemäß § 20 Abs. 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)/

Proof according to § 20 par. 9 IfSG (German Infection Protection Act)

Vorname / *First Name*

Nachname / *Name*

geboren am / *Date of birth*

in / *in*

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

For the above Person is certified to have the following age-appropriate measles protection that meets the requirements of Section 20 (9) IfSG:

- ☐ 2 Masernschutzimpfungen (für Personen nach vollendetem 2. Lebensjahr)
2 measles vaccinations (for people over the age of 2)
- ☐ Eine Immunität gegen Masern (serologischer Labornachweis) liegt vor.
Immunity to measles (serological laboratory evidence) is present.

Befreiung von einer Masern-Impfung: / *Exemption from measles vaccination:*

- ☐ Es liegt eine dauerhafte, medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann.
There is a permanent medical contraindication, due to which it is not possible to vaccinate against measles.

Ort, Datum *Place, date*

Unterschrift des Arzt /
signature of the doc

Stempel der Arztpraxis
Stamp of the medical practice