

## Bescheinigung über Masernimmunität für die Betreuung in einer Kindertageseinrichtung

Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Nachname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Eine Masernimpfung liegt für das oben genannte Kind

liegt vor, Anzahl Impfdosen: \_\_\_\_\_

liegt nicht vor, Grund:

Impfung nicht erfolgt, weil Kind unter einem Jahr ist

anderweitige Immunität nachgewiesen

Kontraindikation (diese bitte nennen): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Datum

Unterschrift Arzt / Ärztin

Stempel