



Ärztliche Bescheinigung

zur Vorlage bei der Schule/dem Kindergarten/der
sonstigen Gemeinschaftseinrichtung i.S. des 5 33 IfSG

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hiermit bestätige ich, dass

Name, Vorname

Geburtsdatum

gemäß aktueller STIKO-Empfehlung vollständig geimpft ist gegen

- Masern/Mumps/Röteln
- Varizellen (Windpocken)

bzw. dass aufgrund durchgemachter Erkrankung Immunität besteht gegen

- Masern
- Mumps
- Röteln
- Windpocken

Ausnahmefall: o. g. Person kann aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden gegen folgende Infektionskrankheit(en):

Hinweis: Sofern ein vollständiger Impfschutz bestätigt wird, behält diese Bescheinigung dauerhaft ihre Gültigkeit (auch beim Wechsel in eine andere Einrichtung).

Datum, Ort

Unterschrift und Stempel Arzt/Ärztin