



**Hire a Doctor Group**

Hire a Doctor  
AnästhesieAgentur  
Hire a Paramedic  
Hire a Nurse  
abamedis

## Ärztliches Attest zum Masernschutzgesetz

**Name, Vorname** \_\_\_\_\_

**geb. am / in** \_\_\_\_\_

Die o.g. Person muss keinen Impfschutz gg. Masern vorweisen, da sie vor dem 01.01.1971 geboren wurde.

**Richtig**

**Masernimpfung 1** \_\_\_\_\_ (Datum)

**Masernimpfung 2** \_\_\_\_\_ (Datum)

Alternativ:

**Titerbestimmung**

**Masern IgG (U/ml)** \_\_\_\_\_ (+Datum)

**Masern IgM** positiv  negativ

**Impfausschluss**

Es liegt eine chronische Kontraindikation zur Impfung gg. Masern vor.

**Ja**

**Nein**

**Die o.g. Person erfüllt die Vorgaben des IfSG §20, um in medizinischen Einrichtungen tätig zu werden.**

**Ja**

**Nein**

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift, Stempel**