

Nachweis Masernimpfung

Hiermit bestätigen wir, dass das Kind:

----- / -----

Nachname,

Vorname

Geburtsdatum

- (bitte entsprechend ankreuzen)
- ausreichend gegen Masern geimpft wurde.
- bereits an den Masern erkrankt war (ärztliches Attest ist beigefügt).
- aus gesundheitlichen Gründen nicht gegen Masern geimpft werden kann (ärztliches Attest ist beigefügt).

Datum

Praxisstempel & Unterschrift