

An

Klinik für Zahn,- Mund- und Kieferkrankheiten
Campus Innenstadt
Goethestraße 70
80336 München

Ärztliche Bescheinigung

Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Nachname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Matrikelnummer:

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

- 2 Masernschutzimpfungen (für Personen nach vollendetem 2. Lebensjahr)
- Eine Immunität gegen Masern (serologischer Labornachweis liegt vor)

Datum, Praxisstempel und Unterschrift
