

Medizinische Bescheinigung

Für:

Für Frau / Herr

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	

Ärztliches Attest:

Hiermit wird bestätigt, dass Frau/Herr _____ körperlich und geistig gesund, keine Anzeichen von Sucht und Drogen aufzeigt und frei von ansteckenden Erkrankungen ist.

Masernschutz:

(Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention)

- Zwei Impfungen gegen Masern sind erfolgt.**
- Ein serologischer Immunitätsnachweis für Masern liegt vor.**
- Es bestehen medizinische Kontraindikationen gegen eine Masernimpfung.**

Weitere Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift Arzt/Stempel