

## Bestätigung der Immunität gegen Masern

### **zum Vollzug des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (sog. „Masernschutzgesetz“)**

Für die Bewohnerin/den Bewohner des Jugendwohnheim Landshut (Gemeinschaftseinrichtung nach §33 IfSG)

\_\_\_\_\_  
(Vorname, Nachname)

geboren am \_\_\_\_\_

besteht nach den Maßgaben von §20 Absatz 8 Satz 2 des sog.  
„Masernschutzgesetz“ (zutreffendes bitte ankreuzen)

ausreichender Impfschutz gegen Masern (Zweifachimpfung)

oder

ausreichende Immunität gegen Masern nach Erkrankung

oder

sie/er kann aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift der Ärztin/Arztes

Stempel der Praxis