

Bitte von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt ausfüllen lassen und mit den Unterlagen zur Immatrikulation einreichen
Please have your doctor fill it out and submit it with the documents for enrolment

Ärztliche Bescheinigung / Medical certificate

Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) /

Proof according to § 20 par. 9 IfSG (German Infection Protection Act)

Name, Vorname: / <i>Name, first Name:</i>	Geburtsdatum: / <i>Date of birth:</i>
bei Minderjährigen: Name der Erziehungsberechtigten <i>for minors: name of legal guardians</i>	
1. 2.	
Adresse: / <i>Adress:</i>	

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

For the above Person is certified to have the following age-appropriate measles protection that meets the requirements of Section 20 (9) IfSG:

- 2 Masernschutzimpfungen (für Personen nach vollendetem 2. Lebensjahr) / *2 measles vaccinations (for people over the age of 2)*
- Eine Immunität gegen Masern (serologischer Labornachweis) liegt vor. / *Immunity to measles (serological laboratory evidence) is present.*

Befreiung von einer Masern-Impfung: / Exemption from measles vaccination:

- Es liegt eine dauerhafte, medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann. / *There is a permanent medical contraindication, due to which it is not possible to vaccinate against measles.*

.....
Ort, Datum Unterschrift / *Place, date, signature*

Stempel / *stamp*