

Dekanat des Fachbereichs Medizin
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
z.H. Frau Diehl
Dekanat.Medizintechnik@med.uni-frankfurt.de
Haus 10-A, 2. OG, Raum 205

Ärztliche Bescheinigung

Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Nachname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Matrikelnummer:
Adresse:	

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.

Befreiung von einer Masern-Impfung:

- Es liegt eine **dauerhafte**, medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann.
- Es liegt eine **vorübergehende**, medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann.

Datum, Praxistempel und Unterschrift

Einverständnis zur Datenspeicherung und –weitergabe

Mit der Erfassung und Speicherung meines Masern-Immunistatus bzw. des Vorliegens einer Kontraindikation gegen die Masernimpfung durch die Goethe-Universität in Kooperation mit der Technischen Universität Darmstadt bin ich einverstanden und gestatte ggf. die Weitergabe an die unterrichtsdurchführenden Stellen.

Ort, Datum

Unterschrift Studentin/Student