

**Ärztliche Bescheinigung**  
**für die schulische und fachpraktische Ausbildung**  
**(gilt auch als Nachweis der **Impfpflicht Masern\***)**

Hiermit wird bestätigt, dass bei

Frau/Herrn .....

geb. am .....

folgende Impfungen vollständig vorhanden sind:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie              | <input type="checkbox"/> <b>Masern*</b>  | <input type="checkbox"/> Röteln                  |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A             | <input type="checkbox"/> Meningokokken C | <input type="checkbox"/> Tetanus                 |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B             | <input type="checkbox"/> Mumps           | <input type="checkbox"/> Windpocken (Varizellen) |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis) | <input type="checkbox"/> Poliomyelitis   | <input type="checkbox"/> .....                   |

Bemerkungen (erforderliche Auffrischungen, geplante Impfungen, Sonstiges):

.....

.....

Aus ärztlicher Sicht liegen keine Anhaltspunkte vor, die den/die Bewerber/in daran hindern, an der schulischen und fachpraktischen Ausbildung (u. a. Ableistung von Praktika) teilzunehmen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel u. Unterschrift der Ärztin/des Arztes

*Hinweis:*  
*Nur für interne Zwecke bzw. als Nachweis der Masernimpfpflicht\*) - Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.*