

Die Vorlage des nachfolgenden ärztlichen Attestes /Immunitätsbescheinigung ist nur dann vorzunehmen, wenn Sie nach dem 31.12.1970 geboren sind.

Bitte senden Sie in diesem Fall das ausgefüllte und durch einen Arzt/eine Ärztin bescheinigte Dokument an den Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe (azav@bildungscampus-berlin.de).

Ärztliches Attest / Immunitätsbescheinigung

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Einsatzort / Tätigkeit: _____

Die Immunität gegenüber Masern wurde mit folgendem Ergebnis überprüft:

Zwei Impfungen gegen Masern sind dokumentiert oder der Nachweis eines Schutzes gegen Masern liegt vor:

JA NEIN

Wenn NEIN,

- Ein Nachweis über 2 dokumentierte Impfungen oder das Vorliegen eines Schutzes gegen Masern ist voraussichtlich ab dem ____ [Tag] _____[Monat] 20__ [Jahr] möglich.
- Ein Nachweis über 2 dokumentierte Impfungen oder das Vorliegen eines Schutzes gegen Masern kann dauerhaft nicht erbracht werden.

Ort	Datum	Unterschrift Arzt*in	Stempel Arzt*in
-----	-------	----------------------	-----------------

Der Berliner Bildungscampus weist vorsorglich darauf hin, dass eventuell entstehende Kosten für das Attest/Bescheinigung nicht übernommen werden.