

Ärztliche Bescheinigung Impfstatus

für den

Freiwilligendienst

Hiermit wird bestätigt, dass

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

über folgenden Impfschutz verfügt:

		ja	nein
Masern	Impfungen sind erfolgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	oder: serologischer Nachweis eines Schutzes gegen Masern liegt vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Unterschrift des Hausarztes

Stempel

