

## Ärztliche Bescheinigung

Hiermit bestätige ich dem/der Praktikanten/Praktikantin

---

dass er/sie von mir eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision ausreichenden Impfschutz erhalten hat.

Masernschutz vorhanden (verpflichtend)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des/der Arztes/Ärztin

Sollte der/die Praktikant(in) keinen ausreichenden Impfschutz erhalten, kann er/sie beim Auftreten einer gefährlich werdenden Erkrankung vom Besuch der Einrichtung ausgeschlossen werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Praktikanten/der Praktikantin