



## Nachweis für die Masernimpfung

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Zentrum: \_\_\_\_\_

Position: \_\_\_\_\_

Impfung	Datum der Impfung
Erste Schutzimpfung	_____
Zweite Schutzimpfung	_____
Nachweis über ausreichende Masern-Immunität (z.B. Titerbestimmung)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Mit der Unterschrift bestätigen beide Seiten, dass die Nachweise wie oben angegeben vorgelegt und nach bestem Wissen geprüft wurden. Das Unternehmen bestätigt, dass alle vorgelegten Impfnachweise nicht gespeichert werden.

---

Datum, Unterschrift Mitarbeiter

---

Datum, Unterschrift Zentrumsmanager