



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