Max Mustermann

 Datum:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Max Mustermann · Musterstr. · 00000 Musterstadt |  |  |
| Adresse der Behörde |  |  |

Aktenzeichen: (eintragen)

Sehr geehrte Damen und Herren,

bezugnehmend auf Ihr Schreiben vom (Datum letztes Schreiben eintragen) teile ich Ihnen mit, dass ich einen Termin für mein Kind beim Allergologen (Name Arzt und Adresse eintragen) vereinbart habe um medizinisch zu klären ob mein Kind gegen den Masernimpfstoff allergisch ist. Der Termin findet am (Datum eintragen) statt.

Hiermit beantragte ich die

**Rückstellung der Masernimpfung**

bis zum ( 1 Woche nach Termin des Allergologen eintragen).

Begründung:

Um zu prüfen ob bei meinem Kind eine Allergie gegen den Masernimpfstoff besteht ist eine medizinische Untersuchung notwendig. Nur im Wege einer Untersuchung durch einen Allergologen lassen sich schwere gesundheitliche Schäden verhindern welche durch eine allergische Reaktion auf den Impfstoff auftreten können. Um diese schweren gesundheitlichen Schäden zu verhindern ist die Rückstellung der Masernimpfung meines Kindes bis zum Abschluss der medizinischen Untersuchung durch den Allergologen (Name Arzt eintragen) und das Vorliegen der Untersuchungsergebnisse erforderlich.

Die Rückstellung der Masernimpfung ist aus genannten Gründen zulässig und notwendig. Des Weiteren entstehen durch die Rückstellung der Masernimpfung keinerlei Nachteile.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Max Mustermann