

Ärztliche Bescheinigung

Infektionsschutzgesetz (IfSG)

gemäß § 35 Abs. 5 Infektionsschutz in Einrichtungen und Unternehmen
der Pflege und Eingliederungshilfe, Verordnungsermächtigung

Formblatt

Kurzbezeichnung:
FB-ST-02-072

Versionsnummer:
3

Revision vom:
04.11.2022

Seite:
1 von 1

Name _____

Vorname _____

Geb.-Datum _____

Name und Anschrift des Pflegeheims

Einrichtung _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Ich bestätige, dass bei dem/der o. g. Patienten/in keine Anhaltspunkte für
eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose vorliegen.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes