

## Ärztliche Bescheinigung nach §35 Abs. 5 / §36 Abs. 4 IfSG

Altenzentrum St. Antonius

### Informationen vom behandelnden Hausarzt

Vor- und Nachname Klient / Klientin:

Geb. Datum:

Bei dem o.g. Klienten / der o.g. Klientin liegen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose (gemäß §36 Abs. 4 IfSG) vor.

Ort:

Datum:

Stempel

Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Der o.g. Klient / die o.g. Klientin ist frei von ansteckenden Krankheiten.  ja  nein

Vorliegende ansteckende Krankheiten:

---

---

---

Ort:

Datum:

Stempel

Unterschrift des Arztes / der Ärztin