

Stempel Arztpraxis:

Betreuungseinrichtung
„Zur Abendsonne“ Pflege GmbH
Elfenborner Weg 6
32689 Kalletal

Ärztliches Attest gem. § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz*

Patient/in: _____ geb.: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

der/die o.a. Patient/in befindet sich in meiner ärztlichen/hausärztlichen Behandlung.

Hiermit bescheinige ich, dass mein/e Patient/in _____, zur Zeit frei von ansteckenden Krankheiten, gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz (IFSG), ist.

Ergänzungen: _____

Mit freundlichem Gruß

Ort, Datum

Unterschrift vom bescheinigenden Arzt und Stempel

***Anmerkung zum „ärztlichen Attest“:**

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass bei dem o.g. Patienten keine Röntgenuntersuchung der Lunge, kein Tuberkulintest und kein Stuhltest auf pathologische Keime durchgeführt wurde (anderslautendes wurde unter „Ergänzungen“ an-/aufgeführt).

Unzutreffendes in diesem Attest bitte streichen oder ergänzen.