

Seniorenzentrum Waldstadt Iserlohn
Alexanderstraße 1
58644 Iserlohn
Kurzzeitpflege

Tel.Nr.: 02371 / 8090-29
Fax.Nr.: 02371 / 8090-27



Ärztliche Bescheinigung

(gem. § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz - IfSG)

Zum Zwecke der Aufnahme in die Kurzzeitpflege bescheinige ich hiermit, dass bei

Herr/Frau _____, geb. am _____,

keine ansteckenden Krankheiten, insbesondere keine ansteckungsfähige

Tuberkulose der Atmungsorgane, vorliegen.

Datum: _____

(Stempel und Unterschrift des Arztes)

Sollte eine Infektion durch MRSA oder ESBL vorliegen, bitten wir dies auch zu vermerken.

Diagnosen

Bei Herr/Frau _____, geb am _____

lassen sich folgende Erkrankungen diagnostizieren:

Datum: _____

(Stempel und Unterschrift des Arztes)