

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)