



# Bescheinigung „Frei von ansteckenden Krankheiten“

Absender – Arzt oder Krankenhaus

-----  
Name: \_\_\_\_\_ Stempel \_\_\_\_\_

**Hiermit bescheinige ich, dass**

Herr / Frau \_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_\_

Zur vollstationären Aufnahme am: \_\_\_\_\_

Zur Kurzzeitpflege vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**im Haus St. Katharina**

frei von ansteckenden Krankheiten ist.

An folgenden Krankheiten leidet:

- Tbc
- Hepatitis A, B, C
- Covid-19
- MRSA (Methicillin – resistente Staphylococcus aureus)
- HIV

oder folgende Erkrankung hat:

-----

bei Erkrankung wurden folgende Maßnahmen eingeleitet / müssen noch eingeleitet werden:

-----  
-----

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift