



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