

<p>ST. VINZENZ SOZIALE WERKE gGmbH in Fulda</p> <p>Haus St. Katharina</p>	<p>Formular intern</p> <p>Bescheinigung „Frei von ansteckenden Krankheiten“</p> <p>Dateiname:FI-Bescheinigung „Frei von ansteckenden Krankheiten“.doc</p>	<p>FI – FL – BÜ– 018</p> <p>Stand : 09.04.2020 Seite : 1 von 1</p> <p>Revisionsstand : 01</p>
---	---	---

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