

Agaplesion Haus Samaria Hospiz gemeinnützige GmbH

SHG FO Ärztliche Bescheinigung IfSG

**Ärztliche Bescheinigung zur Aufnahme in das Haus Samaria Hospiz
gemäß § 36 Absatz 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG*)**

Name, Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Straße, Hausnr.:	_____
PLZ, Ort:	_____

Tag der Aufnahme im Haus Samaria Hospiz: _____

1. Klinischer Befund vom: (Datum) _____

Sind Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden? ja nein

2. Röntgenaufnahme der Lunge vom: (Datum) _____

Liegt vor? ja nein
(nicht älter als 6 Monate vor Aufnahme in das HAUS SAMARIA Hospiz)

*Anmerkung:

Auszug aus dem § 36 (4) Infektionsschutzgesetz:
Personen, die in einem Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder einer gleichartigen Einrichtung nach § 1, Absatz 1 oder 1a des Heimgesetzes aufgenommen werden sollen, haben vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind.

(Ort, Datum)

(Unterschrift, Arztstempel)