

Ärztliches Attest zur Vorlage
Fax-Nr.: 08431 / 6778-680

Name:

Vorname:

geb. am:

Straße:

Wohnort:

Bei o. g. Patienten bestehen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckenden Lungentuberkulose (nach § 35 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz).

Insbesondere liegt kein Anhalt für eine Erkrankungen durch

MRSA

Norwalk-Viren, Rota-Viren, Clostridien

MRGN

Sonstiges: _____

vor.

Ort, Datum

Stempel u. Unterschrift Arzt