



AGAPLESION ELISABETHENSTIFT ELISABETHEN-HOSPIZ, Darmstadt

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

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

Tag der Aufnahme im Elisabethen-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?
(nicht älter als 6 Monate vor Aufnahme in das Elisabethen-Hospiz) ja nein

*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)