

Ärztliche Bescheinigung

**Gemäß § 35 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz für Bewohner*innen
in stationären Einrichtungen (IfSG)**

(Name, Vorname):	(Geburtsdatum):
(Anschrift):	
Seniorenzentrum „Alte Stadtgärtnerei“ Olof-Palme-Straße 2 21337 Lüneburg	
Datum der Aufnahme:	

Ich bestätige, dass bei dem/der o.g. Patienten*in keine Anhaltspunkte für eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose und auch sonst keine Anzeichen für eine ansteckungsfähige Erkrankung vorliegen.

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Diese Bescheinigung sollte beim Einzug des Bewohners/der Bewohnerin im Original vorliegen.