

**Bitte dieses Formular von Ihrem Arzt/Ärztin ausfüllen, ausdrucken und persönlich unterschreiben lassen.**

**Ärztliche Bescheinigung gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz (IfSG\*)**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum) \_\_\_\_\_  
 \*, (4) Personen, die in ein Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder eine gleichartige Einrichtung im Sinne des §1 Abs.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. ...Personen, die nach Satz 1 ein ärztliches Zeugnis vorzulegen haben, sind verpflichtet, die für die Ausstellung des Zeugnisses nach Satz 1 und 2 erforderlichen Untersuchungen zu dulden. ... bei erstmaliger Aufnahme darf die Erhebung der Befunde nicht länger als sechs Monate, bei erneuter Aufnahme zwölf Monate zurückliegen.“

**Liegen Anhaltspunkte für eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose vor?** NEIN  JA

**Liegen bei der o. g. Person Hinweise auf weitere Infektionserkrankungen vor, wie z. B.:**

- auf eine chronische Hepatitis B- und / oder C-Infektion bzw. Erkrankung? NEIN  JA
- auf eine Infektion bzw. Besiedlung mit MRSA (Multiresistenter Staphylokokkus aureus)? NEIN  JA
- auf sonstige Infektionen mit multiresistenten gramnegativen Erregern (3-MRGN oder 4-MRGN)?  
Wenn JA, welche? NEIN  JA
- auf eine Infektion mit Clostridiumdifficile? NEIN  JA
- liegen Anhaltspunkte für eine COVID-19-Erkrankung vor? NEIN  JA

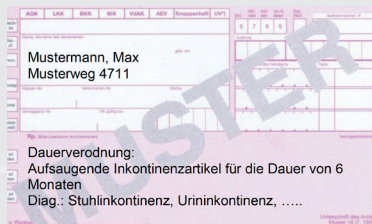
Sonstiges \_\_\_\_\_

**Diagnosen:**

- Demenz? NEIN  JA
- Hinlauftendenz? NEIN  JA
- Diabetes ? NEIN  JA

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Besteht eine Inkontinenz?** NEIN  Stuhlinkontinenz  Harninkontinenz   
 Art der Harninkontinenz: Belastungsinkontinenz  Überlaufinkontinenz   
Dranginkontinenz  Mischinkontinenz   
Reflexinkontinenz  Unkategorisierbar



Bei Inkontinenz bitte ein Muster 16 Rezept ausstellen

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_