

Ärztliches Attest über ansteckende Krankheiten

| | | | |
|---|--|------------------------------------|--|
| 1. Persönliche Daten | | | |
| Name: | | Vorname: | |
| Geburtsdatum: | | | |
| 2. Ansteckende Krankheiten | | | |
| • Hepatitis (B,C,...) | <input type="checkbox"/> nicht bekannt | <input type="checkbox"/> infiziert | <input type="checkbox"/> nicht infiziert |
| • HIV | <input type="checkbox"/> nicht bekannt | <input type="checkbox"/> infiziert | <input type="checkbox"/> nicht infiziert |
| • TBC | <input type="checkbox"/> nicht bekannt | <input type="checkbox"/> infiziert | <input type="checkbox"/> nicht infiziert |
| • MRSA | <input type="checkbox"/> nicht bekannt | <input type="checkbox"/> infiziert | <input type="checkbox"/> nicht infiziert |
| • Corona | <input type="checkbox"/> nicht bekannt | <input type="checkbox"/> infiziert | <input type="checkbox"/> nicht infiziert |
| • Sonstiges: | | | |
| 3. Im Falle einer Infektion bitten wir um genaue Angaben | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Über Vorsichtsmaßnahmen • Zum Verhalten in der der Pflege • Unbedingt zu beachten • Muss der Patient isoliert werden | | | |

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des
behandelnden Arztes