

**Ärztliches Zeugnis**  
gemäß dem Infektionsschutzgesetz § 36 Abs. 4

Es wird bestätigt, dass bei

Frau / Herrn \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Anhaltspunkte für ansteckungsfähige  
Tuberkulose der Atmungsorgane

ja       nein

MRSA

ja       nein

ESBL

ja       nein

sonstige ansteckende Krankheiten gem. Infektionsschutzgesetz vorliegen:

\_\_\_\_\_ ja       nein

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

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