

| | | |
|------------|-------------------------|--------------------|
| Verwaltung | Ärztliche Bescheinigung | AllgäuHospiz gGmbH |
|------------|-------------------------|--------------------|

Frau/Herr.....
 Straße.....PLZ/Ort.....
 Geburtsdatum.....
 Hausarzt.....Tel:.....
 Straße.....PLZ/Ort.....

Die oben genannte Person soll im AllgäuHospiz aufgenommen werden.

Ärztliche Bescheinigung

Gemäß §36 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (IfSG)

Hiermit wird bestätigt, dass bei der oben genannten Person keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungs-fähigen Lungenerkrankung vorhanden sind. Es sind auch keine anderen ansteckenden Krankheiten z.B. MRSA oder SARS-CoV-2 zu erkennen.

| | | | |
|---|--|-------------------------------------|---|
| SARS-COV-2 Träger | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja | Datum letzter Test: | |
| Symptome Vorhanden: | <input type="radio"/> Fieber | <input type="radio"/> Schnupfen | <input type="radio"/> Rachen-entzündung |
| <input type="radio"/> Geruchs- u. Geschmackseinschränkung | <input type="radio"/> Husten | <input type="radio"/> Kurzatmigkeit | <input type="radio"/> |

Symptome bestehen in einem Zusammenhang mit einer möglichen Covid-Infektion:

ja nein

Begründung:

_____ Datum

_____ Unterschrift und Stempel des Arztes

P: Verwaltung/ Corona/Schutzkonzept
 1.0 vom 04.06.2020 Erstellt: SH Freigabe: Alex Schwägerl