# Bescheinigung
# nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (InfSG)

**Frau / Herr**

**geboren am:**

Sie/er wurde von mir untersucht und es liegen folgende Infektionen vor/nicht vor:

**TBC** (ansteckungsfähige Lungentuberkulose) ☐ liegt vor ☐ keine Anhaltspunkte vorhanden

**MRSA** Untersuchungsergebnis ☐ positiv ☐ negativ Wo? _____

☐ keine Anhaltspunkte vorhanden

**MRGN 3 od. 4** Untersuchungsergebnis ☐ positiv ☐ negativ Wo? _____

☐ keine Anhaltspunkte vorhanden

**Clostridium difficile** Untersuchungsergebnis ☐ positiv ☐ negativ

☐ keine Anhaltspunkte vorhanden

**Hepatitis**, Form _____ ☐ liegt vor ☐ keine Anhaltspunkte vorhanden

**COVID-19** Untersuchungsergebnis ☐ positiv ☐ negativ

☐ keine Anhaltspunkte vorhanden

**Sonstige Infektionen**, z. B. Norovirus: _____

_____

_____

Ort, Datum Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes