HOSPIZ BERGSTRAßE
STATIONÄRES HOSPIZ

Hospiz Bergstraße gemeinnützige GmbH
Kalkgasse 13 ● 64625 Bensheim
Tel.: 06251 17528-0 ● Fax: 06251 17528-10
stationaer@hospiz-bergstrasse.de ● www.hospiz-bergstrasse.de

Ärztliche Bescheinigung zur Aufnahme in das Hospiz Bergstraße gemäß §36 Absatz 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG*)

_____ _____ _____
(Name des Gastes) (Vorname) (Geburtsdatum)

_____
(PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.)

Tag der Aufnahme:_____im Hospiz Bergstraße

1.)Klinischer Befund vom: (Datum)_____

	ja	nein
Sind Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden?	☐	☐

2.)Röntgenaufnahme der Lunge liegt vor: (nicht älter als 6 Monate vor Aufnahme in das Hospiz Bergstraße)

	ja	nein
	☐	☐

(Datum)_____

	ja	nein
Sind Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden?	☐	☐

*Anmerkung (Auszug aus dem § 36 (4) Infektionsschutzgesetz):
Personen, die in einem Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder einer gleichartigen Einrichtung nach § 1, Absatz 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.

(Praxisstempel) _____ (Ort, Datum) _____ (Unterschrift)