



## Ärztliche Bescheinigung nach §36 Abs.4 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Bei

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

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

wohnhaft: \_\_\_\_\_

sind keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Tuberkulose der  
Atmungsorgane vorhanden.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel Arzt