



**Name:**.....**Vorname:**.....**Geb.:**.....

Patient ist lt. IfSG § 7 und § 35 untersucht worden.

**Infektionserkrankungen**  Ja  Nein    **MRE**  Ja  Nein    **COVID-19** (inkl. Verdacht)  Ja  Nein

Bei Ja, Diagnose inkl. Diagnosedatum:.....

**Ärztliche Bestätigung** Anhaltspunkte **Lungentuberkulose** gem. IfSG § 35Abs.5  Ja  Nein

**Hinweis:** die Untersuchung zum Nachweis darf nicht länger als 4 Wochen vor dem Einzugsdatum liegen

Medikament	Früh	Mittag	Abend	Nacht
Medikament bei Bedarf mit Angabe der Indikation	Maximale Dosis in 24 Stunden			
Injektionen / Infusionen/ äVO	Dosierung			

Datum: ..... Unterschrift-Arzt/ Stempel- Praxis:.....