



SEEPERLE

SENIORENPFLEGE

Ärztliche Bescheinigung

Hiermit bescheinige ich, daß meine Patientin / mein Patient

Frau / Herr _____

geb. am _____

frei von ansteckenden Krankheiten gemäß § 6 Infektionsschutzgesetzes ist.

Ort, Datum :

Stempel und Unterschrift des Arztes
