

---

Hiermit bestätige ich, dass bei Frau / Herrn

---

Name, Vorname

geb.

---

Anschrift

keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind.

Unsere Unternehmensrichtlinie zum Datenschutz können Sie im Internet unter <https://www.sanktjohannes.com/datenschutzrichtlinien.html> einsehen oder telefonisch unter 09097-809-0 anfordern.

---

Ort, Datum

---

Stempel und Unterschrift Arzt