

Anlage zum Antrag auf gebührenfreie Windelsäcke für Inkontinenzabfälle

Bestätigung des Hausarztes:

Ärztliches Attest

Als behandelnder Arzt bestätige ich, dass wegen **Inkontinenz** des Herrn / der Frau

....., geboren am

voraussichtlich für einen befristeten Zeitraum vonMonaten

voraussichtlich zumindest für die nächsten 12 Monate

Inkontinenzabfälle in erheblichem Umfang anfallen.

.....

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes