

Bestätigung des behandelnden Arztes

Hiermit bestätige ich, dass

Name

Vorname

Geb.-Datum

Adresse

- dauerhaft
- vorübergehend

Inkontinenzartikel benötigt.

Diese Bescheinigung wird zur Beantragung einer Windeltonne benötigt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes