

Ärztliche Bescheinigung

zur Beantragung
nach den Richtlinien zur Förderung
der Windelentsorgung für inkontinente Personen/

Patient/-in

Name _____
Vorname _____
Straße, Haus-Nr. _____
PLZ, Wohnung 36304 Alsfeld

Hiermit wird bescheinigt, dass die o.g. Patientin/der o.g. Patient aufgrund einer Erkrankung an Inkontinenz leidet und daher

vorübergehend

dauerhaft

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

auf das Tragen **von Windeln** angewiesen

ist.

Alsfeld, den _____

Praxisstempel und Unterschrift des
Arztes

**Für die Beantragung auf Zuschüssen nach den Richtlinien zur Förderung von
Windelentsorgung ist ausschließlich diese ärztliche Bescheinigung zu
verwenden! Sie gilt für die Dauer von zwei Jahren.**