



Ärztliche Bescheinigung

zur Beantragung des Windelzuschusses der Gemeinde Mettlach für inkontinente Personen/ Stomaträger/-innen

Patient/-in

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnung

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

seit dem _____ (Beginn der Erkrankung)

vorübergehend

dauerhaft

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

auf das Tragen **von Windeln** angewiesen

Stomaträger/-in

ist.

Ort

Datum

Praxisstempel und Unterschrift des Arztes