



# 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