

Bestätigung des behandelnden Arztes oder Pflegedienstes:

Hiermit wird bestätigt, dass Frau / Herr _____

geboren am ____ . ____ . ____ , wohnhaft in _____

die Voraussetzungen zum Bezug von Windelsäcken erfüllt.

ggf. Ergänzungen / Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift u. Stempel
des Arztes bzw. des Pflegedienstes



Hinweis für den Arzt/Pflegedienst; kann bei Bedarf abgetrennt werden

Voraussetzungen für den Bezug von Windelsäcken:

Beim Betroffenen liegt ein erhöhter Anfall von krankheitsbedingten Abfällen wie Windeln, Betteinlagen, usw. infolge von

- Inkontinenz
- anderen Erkrankungen (z.B. Stomapatienten)

vor.