

Kreis- und Hochschulstadt Meschede



Bestätigung des behandelnden Arztes (wird nur benötigt, bei Beantragung für eine Person, die Inkontinenzartikel benötigt)

Hiermit bestätige ich, dass die unten genannte Person

Name, Vorname: _____

Geb. Datum: _____

dauerhaft

vorübergehend

Inkontinenzartikel benötigt.

(Ort, Datum)

(Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes)