

Ärztliche Bescheinigung

**zur Beantragung
nach den Richtlinien des Marktes Floß zur Förderung
der Windelentsorgung für inkontinente Personen**

Patient/-in

Name _____

Vorname _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

92685 Floß

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.

Ort, Datum

Praxisstempel und Unterschrift des Arztes

Für die Beantragung von Zuschüssen nach den Richtlinien des Marktes Floß zur Förderung von Windelentsorgung ist diese ärztliche Bescheinigung oder ein ärztliches Attest zu verwenden! Sie gilt für die Dauer von zwei Jahren.