



Ärztliche Bestätigung zur Vorlage bei der Abfallwirtschaft Wesermarsch
für einen Zuschuss für die Abfallentsorgung bei chronischer Inkontinenz

Bestätigung für

Name:	
Vorname:	
Geboren am	
Wohnhaft (Straße/Ort)	

Bei oben genannter Patientin / genanntem Patienten fallen aufgrund einer Erkrankung in erheblichem Umfang und auf Dauer nicht vermeidbare Abfälle an.

Ort	Datum	Name des Arztes
Stempel und Unterschrift		