



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 | | |