



# Ärztliche Bescheinigung

**zur Beantragung des Windelzuschusses  
der Gemeinde Mettlach  
für inkontinente Personen/  
Stomaträger/-innen**

## Patient/-in

Name


Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnung

Hiermit wird bescheinigt, dass die o.g. Patientin/der o.g. Patient aufgrund einer Erkrankung an Inkontinenz leidet und daher

seit dem \_\_\_\_\_ (Beginn der Erkrankung)

- vorübergehend
  - dauerhaft
- (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- auf das Tragen von Windeln angewiesen
- Stomaträger/-in

ist.

---

Ort

---

Datum

---

Praxisstempel und Unterschrift des Arztes