

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Eigenbetrieb Abfallwirtschaft des Rhein-Pfalz-Kreises

Antragstellende*r Patient*in:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Hiermit wird bescheinigt, dass bei der genannten Person aus medizinischen Gründen die Notwendigkeit der Versorgung mit Inkontinenzprodukten (Windeln) vorliegt und dadurch nicht vermeidbare Abfälle zur Entsorgung anfallen.

Die Notwendigkeit besteht seit **Monat:** _____ **Jahr:** _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des behandelnden Arztes