

Zum Alten Feld 21+23
63679 Schotten
Tel.: 0 60 44 / 9 64 90-0
Fax: 0 60 44 / 9 64 90-11

Ärztliches Attest

Herr/Frau _____ geboren: _____

wohnhaft in: _____

Bedarf der Versorgung mit Inkontinenzartikeln

- für voraussichtlich _____ Wochen / Monate
- dauernd.

Diagnosen: (Blasen- und/oder Darminkontinenz)

Die Inkontinenzartikel sind erforderlich

- im direkten Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit (z. B. Behandlung von Dekubitus oder Dermatiden)
- weil neben der Blasen- und/oder Darminkontinenz so schwere Funktionsstörungen vorliegen, dass ohne Einsatz von Inkontinenzartikeln das Entstehen von Dekubitus oder Dermatiden droht.
- weil der/die Bewohner/in Harn- und/oder Stuhlabgabe nicht kontrollieren kann
- weil der/die Bewohner/in sich nicht bemerkbar machen kann und sich deshalb vor Schäden aus längerer Einwirkung von Harn und Stuhl auf die Haut nicht bewahren kann.

Ort, Datum

Stempel u. Unterschrift des Arztes