

Anlage zum Antrag auf gebührenfreie Restmüllsäcke für zusätzliche pflegebedingte Abfälle

Bestätigung des Hausarztes:

Ärztliche Bescheinigung

Als behandelnder Arzt bestätige ich, dass wegen der Pflegebedürftigkeit des Herrn /
der Frau

Name, Vorname

Geburtsdatum

voraussichtlich für einen befristeten Zeitraum, _____ Monate

voraussichtlich zumindest für die nächsten 12 Monate

zusätzliche Abfälle in erheblichem Umfang anfallen.

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes