

Verwaltungsgemeinschaft  
Hofheim i.UFr.  
Gemeinde Aidhausen  
Obere Sennigstraße 4  
97461 Hofheim i.UFr.

## Ärztliches Attest

Als behandelnder Arzt bestätige ich, dass wegen Inkontinenz und häuslicher Pflege von

Frau / Herrn: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Straße / Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

in erheblichem Umfang nicht vermeidbare Abfälle anfallen.

Ort:	Datum:	Stempel, Unterschrift des Arztes
------	--------	----------------------------------