

# 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