

Ärztliches Zeugnis

zum Antrag für die Entschädigung von Entlastungsleistungen bei der Betreuung zu Hause

Betreuungsbedürftige Person:

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Wohnort: _____

Besteht eine ständige Betreuungsbedürftigkeit (24 h – Rund um die Uhr)? JA NEIN

Müsste die betreuungsbedürftige Person ohne diese Betreuung in eine stationäre Einrichtung eingewiesen werden? JA NEIN

Bemerkungen:

Ort: _____ Datum: _____

Stempel/Unterschrift der Ärztin/des Arztes: