

An die
Stadtgemeinde Waidhofen/Thaya
3830 Waidhofen an der Thaya

Bestätigung Essen auf Rädern

BITTE VOM PATIENTEN AUSZUFÜLLEN

Name..... Vorname.....

geboren am..... Tel.:

wohnhafte in.....

Waidhofen, am

Unterschrift

BITTE VOM ARZT AUSZUFÜLLEN

Es wird ärztlich bestätigt, dass

obiger Patient

gefähig ist

nur sehr bedingt (kaum) gefähig ist

nicht gefähig ist

**0 eine eigene Essensversorgung nicht oder nur sehr eingeschränkt
bewerkstelligen kann**

Eine erneute ärztliche Überprüfung des Gesundheitszustandes

wird bis zum empfohlen

ist nicht erforderlich

Waidhofen/Thaya, am

.....
Stempel/Unterschrift des behandelnden Arztes

Raum für Anmerkungen des Arztes: