

Ärztliches Zeugnis

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

Pflege-/betreuungsbedürftige Person:

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Wohnort: _____

Ist aus medizinischen Gründen eine ständige Überwachung notwendig? ☐ JA ☐ NEIN

Müsste die zu pflegende/betreuende Person ohne diese Hilfeleistungen in eine stationäre Einrichtung eingewiesen werden? ☐ JA ☐ NEIN

Bemerkungen:

Ort: _____ Datum: _____

Stempel/Unterschrift der Ärztin/des Arztes: