

Ärztliche Bestätigung des Inkontinenzgrades

gemäss MiGeL

Frau/Herr: _____

geboren: _____

Weist folgenden Inkontinenzgrad auf:

- **Mittlere Inkontinenz**
15.01.01.00.1 (= Grad 1)
- **Schwere Inkontinenz**
15.01.02.00.1 (= Grad 2)
- **Totale Inkontinenz**
15.01.03.00.1 (= Grad 3)

Unterschrift Arzt: _____

Ort, Datum: _____

Stempel Arzt: _____

Senden Sie uns das Rezept im beigelegten Rücksendekuvert
per Post zu oder per Fax an 061 706 66 01.

Weita AG
Abteilung Medical Privatkunden
Nordring 2
4147 Aesch