

Certificat médical attestant du degré d'incontinence

selon la LiMA

Madame / Monsieur: _____

né(e) le: _____

Présente le degré d'incontinence suivant:

- **Incontinence moyenne**
15.01.01.00.1 (= degré 1)
- **Incontinence grave**
15.01.02.00.1 (= degré 2)
- **Incontinence totale**
15.01.03.00.1 (= degré 3)

Signature du médecin: _____

Lieu, signature: _____

Tampon du médecin: _____

Veillez-nous envoyer l'ordonnance par la poste dans l'enveloppe
ci-jointe ou par fax 061 706 66 01.

Weita AG
Département médical client privé
Nordring 2
4147 Aesch