

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 E-Mail an: info@weita.ch

Weita AG
Abteilung Medical Privatkunden
Nordring 2
4147 Aesch

weita

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 e-mail info@weita.ch.

Weita AG
Département médical clients privés
Nordring 2
4147 Aesch

weita