



# Attest chronische incontinentie

**Aanvraag tegemoetkoming gewogen diftar.**

**Attest in te vullen door de behandelende geneesheer.**

Ondergetekende geneesheer verklaart dat de patiënt

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- lijdt aan een medische aandoening met chronische incontinentie tot gevolg, en hierdoor meer afval dan gebruikelijk zal produceren.
- NIET verblijft in een residentiële voorziening, serviceflat, assistentiewoning, ziekenhuis, woonzorgcentrum of centrum voor kortverblijf.

Gegevens geneesheer:

Datum:

Handtekening: