

ÄRZTLICHE ANORDNUNG FÜR HAUSHALTSHILFE

Behandelnder Arzt:

.....

bestätigt hiermit, dass

.....

Name, Vorname

.....

Strasse, Nr.

.....

PLZ, Ort

.....

Geburtsdatum

.....

für folgende Zeitdauer auf eine Haushaltshilfe angewiesen ist:

Zeitraum (von – bis):

.....

Einsatzgrund:

.....

Ort, Datum:

.....

Unterschrift Arzt:

.....