

Arztstempel

Datum: _____

Ärztliches Attest

Betr.:

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-datum: _____

Versicherer: _____

Kassen-Nr.: _____

Versicherten-Nr.: _____

Hiermit bestätige ich, dass Herr / Frau _____ Stomaträger / Stomaträgerin ist und von ihm / ihr zum Ausgleich der vorliegenden körperlichen Behinderung bei Ausübung im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen erforderlicher bzw. gesunderhaltender körperlicher Aktivitäten das Stomaschutzgürtelsystem Stomatect benötigt wird.

Unterschrift d. beh. Arztes / d. beh. Ärztin