

Ärztliche Anordnung für Haushalthilfe

Behandelnder Arzt: _____

bestätigt hiermit, dass

Name / Vorname _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____

für folgende Zeitdauer auf eine Haushalthilfe angewiesen ist:

Zeitraum:
(von – bis) _____

Einsatzgrund: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift Arzt: _____