



HEIMELIG  
BETTEN

Das Pflegebett für daheim

## Arztzeugnis für EL-Elektro-Pflegebett

NEU

FORTSETZUNG

Als behandelnder Arzt bestätige ich, dass unten genannte Person für die Pflege im privaten Wohnbereich auf ein Elektrobett angewiesen ist. Somit ist gewährleistet, dass eine Pflege zu Hause durchgeführt werden kann.

Herr

Frau

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_

(13-stellig)

---

ist in Behandlung wegen:

Chronischer Krankheit

Lähmung

\_\_\_\_\_

und benötigt:

Elektro-Pflegebett

\_\_\_\_\_

---

**Diagnose:**

*(Wichtig, die EL-Stelle benötigt hier einen detaillierten Befund des Arztes)*

---

Ort, Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes bzw. der Ärztin