



## GEMEINDEAMT PÖRSCHACH AM WÖRTHER SEE

A-9210 Pörschach am Wörther See, Hauptstraße 153

pol. Bezirk: Klagenfurt-Land

Tel.: 04272 / 2810

E-mail: poertschach@ktn.gde.at

www.poertschach.gv.at

## ANTRAG ZUM ERHALT VON WINDELSÄCKEN (PFLEGE)

---

### Angaben zum/zur Antragssteller/in

Vorname: \_\_\_\_\_

Familienname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Pflegling (wenn nicht gleichzeitig Antragssteller/in)

Vorname: \_\_\_\_\_

Familienname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Mit seiner/ihrer Unterschrift bestätigt der/die Antragssteller/in, die Richtigkeit der Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Hinweise zu den Windelsäcken:

- Die Windelsäcke sind für pflegebedürftige Personen, bei denen Abfälle von Inkontinenzartikeln anfallen. Eine Bestätigung des behandelnden Arztes bzw. der zuständigen Sozialversicherung ist dem Antrag beizulegen.
- Die Windelsäcke werden zu den Restmüll-Entsorgungsterminen abgeholt.



## GEMEINDEAMT PÖRSCHACH AM WÖRTHER SEE

A-9210 Pörschach am Wörther See, Hauptstraße 153

pol. Bezirk: Klagenfurt-Land

Tel.: 04272 / 2810

E-mail: poertschach@ktn.gde.at

www.poertschach.gv.at

### BESTÄTIGUNG DES BEHANDELNDEN ARZTES ODER DER ZUSTÄNDIGEN SOZIALVERSICHERUNG

---

Die Inkontinenz wird bestätigt  dauerhaft  befristet bis ca. \_\_\_\_\_

GgF. Ergänzungen/Anmerkungen:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des behandelnden Arztes/der zuständigen Sozialversicherung

Stempel