

# Antrag auf Zuweisung einer Windeltonne

Name (Pflegefall): .....

geboren am: .....

Adresse:

..... Straße

..... Hausnummer

..... PLZ

..... Ort

Telefonnummer für Rückfragen: .....

Kunden-Nr.: .....

Ich habe meinen Hauptwohnsitz auf der angegebenen Adresse. Aufgrund einer Erkrankung bin ich pflegebedürftig und auf eine Windeltonne angewiesen. Ich ersuche daher um deren Zuweisung.

Ich versichere, wahrheitsgetreue Angaben gemacht zu haben. Änderungen der Voraussetzungen werde ich unverzüglich melden. Mir ist bewusst, dass Vergünstigungen, die aufgrund unrichtiger Angaben gewährt werden, zu Ersatzansprüchen führen.

.....

Datum, Unterschrift Kunde

## BESTÄTIGUNG

Aus ärztlicher Sicht besteht bei der oben genannten Person ein anhaltender, krankheitsbedingter Mehrbedarf an Entsorgungskapazität (von Inkontinenzmaterialen wie z.B. Einwegwindeln, Einweg-Katheter). Die Voraussetzungen für die Zuweisung einer Windeltonne sind gegeben.

-----  
Arztstempel, Datum und Unterschrift

\*Die alleinige Entsorgung von Verbandsmaterial stellt keinen Anspruch an eine Windeltonne.

Das vollständig ausgefüllte Formular ist an den BMV (Adresse siehe oben) zu übermitteln.

Erstellt: OEA Datum: 10.09.2025	Freigegeben: QM Datum: 10.09.2025
------------------------------------	--------------------------------------