

Bescheinigung über Krankenhausaufenthalt

Versicherungsscheinnummer

1. Versicherungsnehmer

Name: _____ Telefon privat: _____
Straße: _____ Telefon dienstl.: _____
PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

2. Zu Schadennummer _____ **Unfall vom:** _____

3. verletzte Person

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ geb. am: _____
PLZ/Ort: _____

4. Die verletzte Person war unfallbedingt in der Zeit vom _____ bis _____
stationär in unserem Krankenhaus / Universitätsklinikum in Behandlung.

Art, sowie Ursache der Verletzung bzw. Diagnose:

5. Frau / Herr _____ befand sich in der Zeit vom _____
bis _____ zur stationären Mitaufnahme zur Betreuung des o. g. Kindes.

Ort / Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes