

Ärztliche Bescheinigung zur Geltendmachung von Unfall-Krankenhaustagegeld / Krankenhausbeihilfe

Kochstraße 26
D-10969 Berlin

Telefon 030/ 25 87 -0
Telefax 030/ 25 87 - 80

service@ideal-versicherung.de
www.ideal-versicherung.de

Ansprechpartner:

Berlin,

Schadensnummer _____ Unfalldatum _____

Verletzte Person _____ Geburtsdatum _____

1. Diagnose / Therapie _____

2. Die verletzte Person befand sich wegen der Unfallfolgen aus medizinischen Gründen in folgenden Zeiträumen in vollstationärer Behandlung:

vom |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| bis |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

vom |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| bis |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

3. Sind weitere unfallbedingte vollstationäre Behandlungen vorgesehen?

Nein Ja Wenn ja, aus welchem Grund?

vom |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| bis |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

vom |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| bis |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

4. Ist der stationäre Krankenhausaufenthalt teilweise oder ganz durch unfallfremde Krankheiten/Einflüsse bedingt?

Nein Ja Wenn ja, aus welchem Grund?

Sind Sie mit der Herausgabe des Attestes an die verletzte Person einverstanden? Ja Nein

Ort/Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes