

Name und Anschrift des Versicherungsnehmer:

Ort / Datum:,

Frau / Herr / Firma

Schadensnummer:

.....

Versicherungsscheinnummer:

Ihr Ansprechpartner:

Abt. SR Telefon: (0 40) 41 19-70 45, Fax:- 37 33
 Email: huk-sr@hansemerkur.de

Bescheinigung über eine unfallbedingte stationäre Behandlung

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,
 bitte seien Sie so freundlich und füllen Sie im Interesse Ihres Patienten / unseres Versicherten diese
 Bescheinigung vollständig und lesbar aus. Dafür vielen Dank!

Angaben zur verletzten Person:

Vor- und Nachname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Straße und Hausnummer: _____
 PLZ und Ort: _____

Wurde die verletzte Person aufgrund des Unfallereignisses vom 19.10.2007 stationär behandelt?

nein ja, für welchen Zeitraum und in welcher medizinischen Einrichtung?
 vom _____ bis _____ Anschrift des Krankenhauses / behandelnder Arzt / Abteilung

Wurde der stationäre Krankenhausaufenthalt unterbrochen? nein ja

Aus welchem Grunde und für welchen Zeitraum? Entlassungs- und Wiederaufnahmetag: _____

Grund: _____

Ist die ärztliche Behandlung abgeschlossen? ja, seit dem: _____

nein, die Behandlung wird voraussichtlich andauern bis: _____

Welcher Befund und welche Diagnose haben den stationären Krankenhausaufenthalt erforderlich gemacht?

Bestanden vor dem Unfall Krankheiten, Leiden, Gebrechen, Behinderungen oder sonstige Verletzungen?

nein ja, welche? _____

Haben Krankheiten, Leiden, Gebrechen, Behinderungen oder unfallunabhängige Verletzungen

die Dauer der stationären Behandlung verlängert? nein ja, zu _____ Prozent / um _____ Tage

an der Entstehung der unfallbedingten Verletzungen mitgewirkt? nein ja, zu _____ Prozent

Grund: _____

War die verletzte Person vor dem Unfallereignis dauernd pflegebedürftig oder geisteskrank?

nein nicht bekannt ja, aus welchem Grund und seit wann?

Grund: _____ seit dem: _____

Gebühr für ärztliche Äußerung: _____ EUR

Nennen Sie uns bitte den Zahlungsempfänger und die vollständige Anschrift / Bankverbindung:

Ort und Datum:

Stempel

Unterschrift des Arztes: