

Ärztliche Bescheinigung

Schaden-Nummer: _____

Versicherungsschein-Nummer: _____

Unfalltag: _____

BADEN BADENER
Einfach fair.

Name und Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Straße Hausnummer

PLZ Ort

1 Vollständige Diagnose (ggf. Rückseite benutzen)

2 Unfallbedingte stationäre Krankenhausbehandlung

nein ja vom _____ bis _____

3 Haben unfallunabhängige Faktoren die stationäre Behandlung verlängert?

nein ja vom _____ bis _____

3a Wegen:

4 Ist eine weitere stationäre Behandlung erforderlich?

nein ja, ca. _____ Tage

4a Wegen:

Liquidation nach GOÄ:

Nr. 70 EUR **Nr.** EUR

Nr. 95 EUR **Nr.** EUR

Kontoinhaber

Geldinstitut

Kontonummer / BLZ

Unterschrift und Stempel des Arztes / Krankenhausverwaltung

Ort, Datum