

Ärztliche Bescheinigung des Krankenhauses

Bitte zurücksenden an:

Häger Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit

Engerstr. 119

33824 Werther

Schadennummer:

Unfalltag:

Patient (versicherte Person):

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum:

Straße:

Postleitzahl, Wohnort:

1. Die oben genannte Person befand sich wegen des Unfalls bei uns in vollstationärer Behandlung:

vom:

bis einschl.:

Fanden Beurlaubungen statt?

vom:

bis einschl.:

nein

ja,

vom:

bis:

2. Diagnose:

3. Diese Gesundheitsschäden stehen ausnahmslos in ursächlichem Zusammenhang mit dem Unfall: nein ja

Folgende unfallunabhängigen Gesundheitsschäden wurden mitbehandelt:

4. Ist mit einem nochmaligen Krankenhausaufenthalt zu rechnen? nein ja, weil:

5. Ist eine völlige Wiederherstellung zu erwarten? nein ja, wann?

6. Ist eine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit zu erwarten? nein ja

7. Wurde eine Blutalkoholuntersuchung vorgenommen? nein ja, Ergebnis: ‰

8. Der Unfallhergang wurde von dem Versicherten wie folgt beschrieben:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Liquidation:

€

Konto-Nr.:

Bankleitzahl:

Geldinstitut:

Kontoinhaber: