

# Ärztliche Bescheinigung des Krankenhauses

Bitte zurücksenden an:

## Häger Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit

Engerstr. 119

33824 Werther

Schadensnummer:

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: