

**Bitte vom Krankenhaus / Arzt bestätigen lassen,
sofern Krankenhaustagegeld oder Tagegeld versichert gilt.**

Vom Verletzten auszufüllen	Versicherungsscheinnummer:	
	Unfallschadennummer:	
	Bestätigung über Arbeitsunfähigkeit und / oder stationärem Krankenhausaufenthalt Name: Vorname: geb.: wohnhaft in: <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> Postleitzahl Ort Straße Nr. </div>	
Vom Arzt auszufüllen	war wegen der Folgen des Unfalls vom:	
	Diagnose:	
	in <u>stationärer</u> Behandlung	vom bis
	in <u>stationärer</u> Behandlung	vom bis
	arbeitsunfähig	vom bis zu %
arbeitsunfähig	vom bis zu %	
..... Datum Stempel und Unterschrift des Arztes	