



- NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG
- NÜRNBERGER Beamten Allgemeine Versicherung AG
- GARANTA Versicherungs-AG
- 90337 Nürnberg

## Bescheinigung über stationäre Krankenhausbehandlung

|               |           |              |
|---------------|-----------|--------------|
| Unser Zeichen | Unfalltag | Geburtsdatum |
|---------------|-----------|--------------|

|  |
|--|
| Name und Anschrift der versicherten Person |
|  |

|  |                                      |                                      |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Wie lange dauerte die stationäre Behandlung? | von - bis                            | von - bis                            |
|  | Eventuelle Unterbrechung (von - bis) | Eventuelle Unterbrechung (von - bis) |

Welche Gesundheitsschäden wurden behandelt bzw. diagnostiziert?

---

---

---

Die behandelten Gesundheitsschäden bzw. die stationäre Behandlung

sind ausschließlich auf das Unfallereignis zurückzuführen.

wurden durch folgende Krankheiten bzw. Gebrechen

allein verursacht

mitverursacht zu wie viel %? \_\_\_\_\_

---

---

Wer hat den Unfallhergang geschildert?

|      |
|------|
| Name |
|------|

Wie wurde der Unfallhergang geschildert?

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes/Krankenhauses