

Bitte zurücksenden an:

InterRisk Versicherungs-AG
Vienna Insurance Group
Postfach 25 72
65015 Wiesbaden

Ärztliche Bescheinigung für KRANKENHAUSTAGEGELD

Verletzte Person: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Haus-Nr.: _____ Unfalldatum: _____

Wohnort: _____ Postleitzahl: _____

Versicherungsschein-Nr.: _____

Die verletzte Person befand sich wegen des Unfalls in folgendem Zeitraum in vollstationärer Behandlung:

von	bis	Diagnose
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Wird eine weitere vollstationäre Behandlung erforderlich sein?

Nein / Ja – voraussichtliche Dauer: _____

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift des Arztes)