

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)