

Unbedingt
von der
Vertretung
aus-
zufüllen!

Ärztliche Bescheinigung für den Patienten

(Zutreffendes bitte ankreuzen)



württembergische

Der Fels in der Brandung.

für Tagegeld für Krankenhaustagegeld

Schaden-Nr.	Versicherungsschein-Nr.	Unfalltag	Bitte zurückgeben an: Wenn hier keine andere Anschrift angegeben ist, an die Direktion, 70163 Stuttgart
Verletzte Person – Vorname, Zuname –		Geburtstag	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort			

Nur vom
Arzt
auszu-
füllen!

Diagnose

Behandlung unfallbedingt?
 ja nein

Beginn der Behandlung: _____ Beendigung der Behandlung: _____

Tagegeld ausgeübter Beruf (Tätigkeit)

Vorübergehende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit wegen der Unfallfolgen		
%	von	bis

Hinweis für den Arzt:

Bitte beurteilen Sie die vorübergehende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nach folgenden Kriterien:

- Für die Bemessung des Grades der Beeinträchtigung ist die **Berufstätigkeit** oder Beschäftigung des Versicherten maßgebend.
- Der Grad der Beeinträchtigung ist **prozentual abzustufen**, da in der privaten Unfallversicherung – im Gegensatz zur Krankenversicherung – nicht nur zwischen arbeitsfähig und arbeitsunfähig unterschieden wird.

Krankenhaustagegeld

vollstationäre Krankenhausbehandlung		beurlaubt an folgenden Tagen	
von	bis	von	bis

Übernachtungen eines Erziehungsberechtigten bei vollstationärer Krankenhausbehandlung eines Kindes			
von	bis	von	bis

Wurde eine Pflegestufe beantragt oder bewilligt? Datum Beantragung: _____ Datum Bewilligung: _____ Stufe: _____

Blutalkoholuntersuchung ja nein Ergebnis _____ %

Ort, Datum _____ Stempel/Unterschrift des Arztes _____