



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

Bescheinigung über stationäre Krankenhausbehandlung

Schaden-Nummer	Unfalltag	Geburtsdatum
----------------	-----------	--------------

Name und Anschrift der versicherten Person

Wie lange dauerte die stationäre Behandlung?	Zeitraum	Zeitraum
	Eventuelle Unterbrechung (Zeitraum)	Eventuelle Unterbrechung (Zeitraum)

Welche Gesundheitsschäden wurden behandelt bzw. diagnostiziert?	

Die behandelten Gesundheitsschäden bzw. die stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/> sind ausschließlich auf das Unfallereignis zurückzuführen. wurden durch folgende Krankheiten bzw. Gebrechen <input type="checkbox"/> allein verursacht <input type="checkbox"/> mitverursacht zu wieviel % _____ Krankheiten bzw. Gebrechen
---	--

Wer hat den Unfallhergang geschildert?	Name und Anschrift
--	--------------------

Wie wurde der Unfallhergang geschildert?	

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes/Krankenhauses