

Versicherungs-Nr.:

**Bescheinigung über den Aufenthalt im  
Krankenhaus wegen eines Unfalls**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
erlitt am \_\_\_\_\_ einen Unfall und war deswegen hier in medizinisch notwendiger **vollstationärer** Heilbehandlung.

Aufnahmetag: \_\_\_\_\_ Entlassungstag: \_\_\_\_\_  
Beurlaubungen und Unterbrechungen: \_\_\_\_\_  
Der Krankenhausaufenthalt ist  beendet  
 nicht beendet  
Falls nicht beendet; wie lange wird er voraussichtlich noch andauern? \_\_\_\_\_  
Ist zukünftig mit einer weiteren unfallbedingten stationären Heilbehandlung (z.B. Metallentfernung) zu rechnen?  ja  nein  
Stand der Verletzte zum Unfallzeitpunkt unter Alkohol, Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss?  ja  nein  
Wenn ja, unter welchem Einfluss?  
Geben Sie uns ggf. den BAK etc. an BAK-Wert: \_\_\_\_\_

Behandelte Gesundheitsschäden bzw. Diagnose:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Inwieweit sind diese Gesundheitsschäden auf den Unfall zurückzuführen?**

ganz  teilweise  überhaupt nicht

Folgende **unfallunabhängige** Gesundheitsschäden wurden mitbehandelt:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dadurch wurde die stationäre Behandlung verlängert  ja um \_\_\_\_\_ Tage  nein

**Unverbindliche Prognose:**  ja  
Kann auf Grund des aktuellen Gesundheitszustandes davon ausgegangen werden, dass die Verletzung(en) folgenlos verheilen?  nein  
 ungewiss

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Stempel \_\_\_\_\_ Unterschrift des behandelnden Arztes \_\_\_\_\_