

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 _____