

Krankenstands - Bestätigung

Pol. Nr.:

Herr/Frau:

wohnhaft in :

war vombis einschließlich

vollkommen arbeitsunfähig.

DIAGNOSE:

.....

.....

DAUERFOLGEN zu erwarten: ☐ **JA** ☐ **NEIN**

ORT:

DATUM:

.....
UNTERSCHRIFT des ARZTES

POLIZZENUMMER :

AKTLOS

UNFALLHERGANG:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

UNFALLTAG:.....

ORT:.....

UHRZEIT:.....

BANKVERBINDUNG: KTO. NR.: **BLZ:**

.....
UNTERSCHRIFT des VERSICHERUNGSNEHMER

.....
UNTERSCHRIFT der MITVERSICHERTEN PERSON