

Krankenstands - Bestätigung

Pol. Nr.:

Herr/Frau:

wohnhaft:

war vombis einschließlich.....

vollkommen arbeitsunfähig.

DIAGNOSE:

.....

.....

DAUERFOLGEN zu erwarten:

JA

NEIN

ORT:

DATUM:

.....
UNTERSCHRIFT des ARZTES

POLIZZENNUMMER:

UNFALLHERGANG:

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

UNFALLTAG:

ORT:

UHRZEIT:

BANKVERBINDUNG:

IBAN:

BIC:

.....
UNTERSCHRIFT des VERSICHERUNGSNEHMER

.....
UNTERSCHRIFT der MITVERSICHERTEN PERSON