



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

## Bescheinigung über stationäre Krankenhausbehandlung

Unser Zeichen	Unfalltag	Geburtsdatum
---------------	-----------	--------------

Name und Anschrift der versicherten Person

Wie lange dauerte die stationäre Behandlung?	von - bis	von - bis
	Eventuelle Unterbrechung (von - bis)	Eventuelle Unterbrechung (von - bis)

Welche Gesundheitsschäden wurden  
behandelt bzw. diagnostiziert?

---

---

---

Die behandelten Gesundheitsschäden  
bzw. die stationäre Behandlung

sind ausschließlich auf das Unfallereignis zurückzuführen.  
wurden durch folgende Krankheiten bzw. Gebrechen

allein verursacht

mitverursacht zu wie viel %? \_\_\_\_\_

---

---

Wer hat den Unfallhergang  
geschildert?

Name
------

Wie wurde der Unfallhergang  
geschildert?

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes/Krankenhauses