Krankenstands - Bestätigung

Pol. Nr.: .....

Herr/Frau: .....

wohnhaft in : .....

war vom .....bis einschließlich .....

vollkommen arbeitsunfähig.

DIAGNOSE: .....

.....

.....

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

ORT: ..... **DATUM: .....**

.....
UNTERSCHRIFT des ARZTES

POLIZZENNUMMER : ..... AKTLOS

UNFALLHERGANG: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

UNFALLTAG:.....

ORT:.....

UHRZEIT:.....

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

.....
UNTERSCHRIFT des VERSICHERUNGSNEHMER

.....
UNTERSCHRIFT der MITVERSICHERTEN PERSON