

Ärztliche Bescheinigung

Frau/Herr

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

wurde aufgrund des Arbeitsunfalls vom _____

von _____ bis _____ (min. 48 Std. Dauer)

stationär im Krankenhaus behandelt.

Ärztl. Adressdaten bzw. Stempel

Ort, Datum

Unterschrift/digitale Signatur

Hinweis: Als Bescheinigungen werden auch andere schriftliche Nachweise akzeptiert, sofern diese inhaltlich die Anforderungen dieses Vordrucks erfüllen.