

## Nachweis über stationäre Heilbehandlung

B5 AA9FH

J Yfg]W Yfi b[ gj Yfa ]hii b[

DcghZJW '%% &

% +\$&'? " b][ g`K i ghYf\ Ui gYb

Versicherungsschein-Nr.: \_\_\_\_\_

Vers.-Gesellschaft: \_\_\_\_\_

## Ärztliche Bescheinigung

Vor- und Zuname Patient/in \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Diagnose \_\_\_\_\_

Aufnahmedatum \_\_\_\_\_ Entlassungsdatum \_\_\_\_\_

Beurlaubt vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Kostenträger der Maßnahme:  Rentenversicherungsträger  Gesetzliche Krankenversicherung  
 Private Krankenversicherung  Berufsgenossenschaft

\_\_\_\_\_  
Datum der Bescheinigung

\_\_\_\_\_  
Stempel des Krankenhauses

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin

## Angaben Versicherungsnehmer/in

Das Krankenhaustagegeld soll auf folgendes Konto überwiesen werden (wird nichts eingetragen, erfolgt die Zahlung auf das Konto, von dem die Beiträge abgerufen werden):

Bankleitzahl \_\_\_\_\_ Institut \_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_ Kontoinhaber/in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer/in