

Zwischen-/Abschlussbescheinigung

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a. G.

20449 Hamburg

Vom Arzt oder Krankenhaus auszufüllen

1. Name des Patienten	Nachname	<input type="text"/>	
	Vorname	<input type="text"/>	
2. Geburtsdatum	<input type="text"/>		
3. Diagnose bzw. ICD-Code	<input type="text"/>		
4. Stationäre Krankenhausbehandlung	vom	<input type="text"/>	bis <input type="text"/>
5. Während dieser Behandlung war der Patient beurlaubt	vom	<input type="text"/>	bis <input type="text"/>
6. Berechnet wurden	Verpflegungstage	<input type="text"/>	
7. Die stationäre Krankenhausbehandlung wird voraussichtlich noch erforderlich sein für	Tage/Wochen	<input type="text"/>	
8. Kurze nähere Begründung	<input type="text"/>		
9. Es handelt sich um eine Maßnahme der	<input type="checkbox"/> BfA, LVA, Knappschaft o. ä.	<input type="checkbox"/> Berufsgenossenschaft	
	<input type="checkbox"/> gesetzl. Krankenversicherung		
Ort und Datum	Stempel des Krankenhauses		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Unterschrift und Stempel des behandelnden Krankenhausarztes	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Vom Versicherungsnehmer auszufüllen

10. Genaue Anschrift	Straße, Haus-Nr.		
	<input type="text"/>		
	PLZ	Wohnort	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
11. Postgiro- oder Bankkonto	Kontoinhaber		
	<input type="text"/>		
	Konto-Nummer	Bankleitzahl	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Bankbezeichnung oder Postgiroamt		
	<input type="text"/>		
12. Außerdem bestehen Krankenhaustagegeldversicherungen	bei	seit	in Höhe von
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort und Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Kosten, die durch die Ausstellung der ärztlichen Bescheinigung entstehen sollten, sind vom Versicherungsnehmer zu tragen.