

# ÄRZTLICHES ATTEST FÜR VERSICHERUNGSZWECKE

Versicherungsfall · Leistungsantrag · Medizinische Dokumentation

Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_ Berufsreg.-Nr.: \_\_\_\_\_

Praxis / Klinik: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Versicherte Person / Patient: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ausweisdokument: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

## VERSICHERUNGSDATEN

Versicherer: \_\_\_\_\_ Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

Schaden-/Leistungsnr.: \_\_\_\_\_ Schadendatum: \_\_\_\_\_

## MEDIZINISCHE ANGABEN

Hauptdiagnose: \_\_\_\_\_ ICD-10: \_\_\_\_\_

Behandlung / durchgeführte Maßnahmen: \_\_\_\_\_

Behandlungszeitraum: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Art der Versorgung:

☐ ambulant ☐ stationär ☐ Notfall ☐ Operation ☐ Rehabilitation ☐ Telemedizin

## ZUSÄTZLICHE ANGABEN FÜR DEN VERSICHERER:

Ausgestellt in: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes