

# Ärztliche Bescheinigung

Zur Vorlage für die Gewährung von Unterstützungsleistungen bei der GUV/FAKULTÄ



Frau/Herr

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

wurde aufgrund des Arbeitsunfalls vom \_\_\_\_\_

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

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.