

Ärztliche Bescheinigung

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

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.