

Ärztliche Bescheinigung

Frau/Herr

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

wurde aufgrund des Arbeitsunfalls vom: _____

von: _____ bis: _____

(mindestens 48 Std. Dauer)

stationär im Krankenhaus behandelt.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel