

Bescheinigung des Arbeitgebers

Zur Gewährung von Unterstützungsleistungen an den Arbeitnehmer

Frau/Herr _____ ist in unserer Firma/Dienststelle
als _____ beschäftigt. Sie/Er hat am Unfalltag/Tag des Vorfalls,
am _____ 20 _____ in der Zeit von _____ Uhr bis _____ Uhr
bei uns gearbeitet.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel



Ärztliche Bescheinigung

Herr/Frau

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

wurde aufgrund des Unfalls vom: _____

vom: _____ bis: _____
(mindestens 48 Std. Dauer)

stationär im Krankenhaus behandelt.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift