

Ärztliche Bescheinigung

über ambulante Behandlung nach Unfall

Versicherungsschein-Nr. _____	Wird von der INTER ausgefüllt: Schaden-Nr. _____ Pers.-Nr. _____
----------------------------------	--

Herr/Frau _____	geboren am _____	Beruf _____
Str./Haus-Nr./Postfach _____	PLZ _____	Ort _____

Unfalltag _____	Uhrzeit _____	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Wegeunfall	<input type="checkbox"/> Sportunfall
		<input type="checkbox"/> Freizeitunfall	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall

Stand der/die Verletzte z. Zt. des Unfalls unter Einfluss von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wurde eine Blutprobe entnommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

Ambulante Behandlung

in der Zeit vom _____	bis _____	und vom _____	bis _____
Die Behandlung ist	<input type="checkbox"/> nicht beendet	<input type="checkbox"/> vorläufig beendet	<input type="checkbox"/> endgültig beendet

Art der Gesundheitsschäden:

Ist anzunehmen, dass infolge des Unfalls ein Dauerschaden verbleibt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind diese Gesundheitsschäden auf den Unfall zurückzuführen? (Zutreffendes bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise

Ort, Datum _____	Stempel des Krankenhauses und Unterschrift des Arztes _____
---------------------	--



156000