

An die

## Ärztlicher Bericht (Unfallschadenmeldung)

Verletzte/Verletzter (Name und Anschrift)

Geburtsdatum

Diagnose

Arbeitsunfähigkeit

von

bis

Krankenhausaufenthalt

von

bis

Angabe des Krankenhauses

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes