

Ärztliche Bescheinigung

über ambulante Behandlung nach Unfall

Versicherungsschein-Nr. <input type="text"/>	Wird von der INTER ausgefüllt!	
	Schaden-Nr. <input type="text"/>	Pers.-Nr. <input type="text"/>
Herr/Frau <input type="text"/>	geboren am <input type="text"/>	Beruf <input type="text"/>
Str./Haus-Nr./Postfach <input type="text"/>	PLZ <input type="text"/>	Ort <input type="text"/>
Unfalltag <input type="text"/>	Uhrzeit <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Wegeunfall
		<input type="checkbox"/> Freizeitunfall
		<input type="checkbox"/> Sportunfall
		<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall
Stand der 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="text" value=""/> ‰ <input type="checkbox"/> nein	

Ambulante Behandlung

in der Zeit vom <input type="text"/>	bis <input type="text"/>	und vom <input type="text"/>	bis <input type="text"/>
Die Behandlung ist	<input type="checkbox"/> nicht beendet	<input type="checkbox"/> vorläufig beendet	<input type="checkbox"/> endgültig beendet
Art der Gesundheitsschäden:			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
Ist anzunehmen, daß infolge des Unfalls ein Dauerschaden verbleibt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Sind diese Gesundheitsschäden auf den Unfall zurückzuführen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise			
(Zutreffendes bitte ankreuzen)			

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes