

Schadennummer:

## Ärztliche Bescheinigung

Herr / Frau

Name	Geboren am
Adresse / Ort	

Die genannte Person war auf Grund eines Unfalles vom.....bis einschließlich.....  
Zu 100% arbeitsunfähig.

Diagnose:


\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes

Ort	Datum
-----	-------