

SOPOSA OIP KEKrankenversicherung a. G.
Neue Rabenstraße 15 - 19
20351 Hamburg

Vom Arzt oder Krankenhaus auszufüllen

1. Name des Patienten Nachname

Vorname

2. Geburtsdatum

3. Diagnose bzw. ICD-Code

4. Stationäre Krankenhausbehandlung vom bis

5. Während dieser Behandlung war der Patient beurlaubt vom bis

6. Berechnet wurden Verpflegungstage

7. Die stationäre Krankenhausbehandlung wird voraussichtlich noch erforderlich sein für Tage/Wochen

8. Kurze nähere Begründung

9. Es handelt sich um eine Maßnahme der Rentenversicherung, Knappschaft o. ä. Berufsgenossenschaft
 gesetzl. Krankenversicherung

Ort und Datum Stempel des Krankenhauses

Unterschrift und Stempel des behandelnden Krankenhausarztes

Vom Versicherungsnehmer auszufüllen

10. Genaue Anschrift Straße, Haus-Nr.

PLZ Wohnort

11. Bankkonto Kontoinhaber

BIC IBAN
Bankbezeichnung

12. Außerdem bestehen Krankenhaustagegeldversicherungen bei seit in Höhe von

Ort und Datum Unterschrift des Versicherungsnehmers

Kosten, die durch die Ausstellung der ärztlichen Bescheinigung entstehen sollten, sind vom Versicherungsnehmer zu tragen.