

Bitte zurücksenden an:

Deutsche Post 
ANTWORT

Schadennummer:

Verletzte Person (Vorname und Name):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Beruf:

Geburtsdatum:

Unfalltag:

ÄRZTLICHES KURZATTEST

1. Diagnose	
2. Behandlungstage (Datum)	
3. Haben Sie den Patienten krankgeschrieben?	Nein: Ja, und zwar für den Zeitraum:
3. Konkrete unfallbedingte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, bzw. theoretisch bei Rentnern, Hausfrauen etc.	Ausgeübte Tätigkeit: zu % vom bis zu % vom bis zu % vom bis
Ort und Datum	
Stempel und Unterschrift des Arztes	

