ERGO

Ärztliches Attest für die private Unfall-Versicherung

(zur Vorlage bei Ihrem behandelnden Arzt)

Ergo Direkt Versicherung AG
Karl-Martell-Straße 60
90344 Nürnberg

Unfall-Versicherung	
Unsere Telefonnummer	**0800 / 444 1000**
Unsere Faxnummer	0911 / 148 2550
Absendedatum	

Aufgrund des Unfalls vom _____ befand sich der Patient,

Herr/Frau _____ in ärztlicher

Behandlung bei Herrn/Frau Dr. _____

wegen folgender unfallbedingter Verletzungen:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Erfolgte wegen des Unfalles eine ambulante Operation? ☐ Ja ☐ Nein

Hinweis für den attestierenden Arzt/Ärztin: Bitte nennen Sie die genaue Diagnose. Bei Hautbeschädigung geben Sie bitte die Größe der Verletzung bzw. des Blutergusses in cm^2 (bei Verbrennungen in % der Körperoberfläche) an. Sollte eine Zahnbeschädigung bzw. – verlust vorliegen, geben Sie bitte eine evtl. Vorschädigung bzw. ein Implantat an.

Gebühr nach GOÄ

EUR _____

Kontoinhaber: _____ Geldinstitut: _____

IBAN: D E

_____ ✗ _____

Ort, Datum **Stempel und Unterschrift des Arztes**