

AUFENTHALTSBESCHEINIGUNG KRANKENHAUS

Name des Patienten : _____

Geburtsdatum : _____

Anschrift : _____

Krankenhaus und Abteilung :

Name des Krankenhauses : _____

Abteilung : _____

Aufenthaltszeitraum :

Aufenthalt von (TT.MM.JJJJ) : _____

bis (TT.MM.JJJJ) : _____

Diagnose / Behandlung :

Hiermit wird bestätigt, dass der oben genannte Patient im angegebenen Zeitraum im Krankenhaus behandelt wurde. Die Behandlung erfolgte aufgrund der folgenden Diagnose bzw. Erkrankung. Diese Bescheinigung dient ausschließlich der Vorlage bei Behörden oder Versicherungen.

Rechtliche Hinweise :

Diese Aufenthaltsbescheinigung wurde auf Wunsch des Patienten ausgestellt. Das Dokument bestätigt den Krankenhausaufenthalt und enthält keine weiteren medizinischen Bewertungen. Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt gemäß den Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

Ausstellender Arzt / Klinik

Patient / Erziehungsberechtigter

Unterschrift : _____

Unterschrift : _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://vorlagenfy.com/aufenthaltsbescheinigung-krankenhaus-muster/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://vorlagenfy.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.