

## Aufenthaltsbescheinigung

---

---

Name und Anschrift des Krankenhauses: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort, Straße, Nr. \_\_\_\_\_

befand sich in der Zeit vom: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in unserer stationären Behandlung.

Beurlaubt vom: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Beurlaubt vom: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Beurlaubt vom: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Verlegt am: \_\_\_\_\_ nach \_\_\_\_\_

### Diagnose

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Krankenhausarztes

**Etwilige Attestkosten trägt der Patient.**