

# Bescheinigung über Krankenhausaufenthalt

KLF-117 01.18

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

An die  
uniVersa  
Krankenversicherung a.G.  
KV-Leistung  
90333 Nürnberg

Versicherungsnehmer:

Zuname

Vorname

## Wer befand sich im Krankenhaus?

Zuname  Vorname  Geburtsdatum   
T T M M J J

befand sich vom  bis   
T T M M J J

wegen   
vollständige Krankheitsbezeichnung / ICD

- Entbindung  
 Entziehungsmaßnahmen

in vollstationärer Krankenhausbehandlung  in stationärer Kur- / Reha- / Sanatoriumsbehandlung / Anschlussheilbehandlung

Fanden Beurlaubungen, Unterbrechungen oder Belastungserprobungen statt? Wenn ja, geben Sie bitte Tage/Zeiträume an.

Tarife KSKT/ uni-KSKT	Bei stationärer Behandlung eines versicherten Kindes bis zum 15. Lebensjahr: <b>Wurde eine Begleitperson (Eltern oder Großeltern) aufgenommen?</b>	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Begleitdauer von <input type="text"/> bis <input type="text"/> <small>T T M M J J</small>

Ort  Datum  Klinikstempel

**Das versicherte Tagegeld überweisen wir auf das uns bekannte Konto.**

## Bitte nur ausfüllen, wenn die Überweisung auf ein anderes Konto erfolgen soll!

Zuname  Vorname

IBAN  Kreditinstitut (Name des Zahlungsdienstleisters)

Ort  Datum  **X** Unterschrift des Versicherungsnehmers

Bitte senden Sie mir neue Vordrucke „Bescheinigung über Krankenhausaufenthalt“