



# Bescheinigung über Krankenhausaufenthalt

KLF-117 02.26

Versicherungsnummer

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

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

Versicherungsnehmer:

Name

Vorname

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

## Wer befand sich im Krankenhaus?

Name  Vorname  Geburtsdatum  T T M M J J

befand sich vom  bis   
T T M M J J T T M M J J

wegen  vollständige Krankheitsbezeichnung / ICD

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: **Wurde eine Begleitperson (Eltern oder Großeltern) aufgenommen?**

ja  nein Begleitdauer von  bis   
T T M M J J T T M M J J

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!**

Name  Vorname

D E  IBAN  Kreditinstitut (Name des Zahlungsdienstleisters)

Ort  Datum  **Unterschrift des Versicherungsnehmers**

Bitte senden Sie mir neue Vordrucke „Bescheinigung über Krankenaufenthalt“

Seite 1 von 1