

# 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

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 KSK/  
uni-KSK

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

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 Krankenhausaufenthalt“

Seite 1 von 1