

Ärztliche Bescheinigung



Über: _____ Schadennummer: _____

Geb.-Datum:

Unfall vom:

Diagnostizierte Unfallverletzungen:

--

Datum Behandlungsbeginn:

Datum Behandlungsabschluss:

Zu welchem Grad ist die Arbeitsfähigkeit aufgrund des Unfalls beeinträchtigt? (auch bei Rentnern und Hausfrauen)

Von (Datum):	Bis (Datum):	Grad in %:

(Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes):

Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden an:

LKV Landesverbands-Kleingartenversicherungsservice GmbH

Mittelstr. 12-14 Haus B

50672 Köln

schaden@lkv-service.de