

Bitte faxen an:
089 / 5 51 67-12 12

An die
TRIAS Versicherung AG
Abteilung Leistungsprüfung

80326 München

Versicherungsscheinnummer: _____
Versicherte Person: _____
Geboren am: _____
Unfall vom: _____

Ärztliches Attest über stationäre Behandlung

Tag der Aufnahme: _____

Tag der Entlassung: _____

Diagnose/n: _____

Wurden unfallfremde Erkrankungen mitbehandelt? ja nein

Verlängerte sich dadurch die Dauer der stationären Behandlung? ja nein

Ggf. um wieviel Tage? _____ Tage

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift

Attestgebühr: _____ €