

## Ärztliche Bescheinigung über ambulante Behandlung nach Unfall

Wird von der INTER ausgefüllt:  
Schaden-Nr.

Versicherungsschein-Nr.

Pers.-Nr.

### A. Versicherungsnehmer

Vorname

Straße, Haus-Nr. / Postfach

Zuname

PLZ

Wohnort

Beruf

Geburtsdatum

### B. Zeitraum und Art des Unfalls

Unfalltag

Uhrzeit

☐ Arbeits- oder Wegeunfall

☐ Sportunfall

☐ Freizeitunfall

☐ Verkehrsunfall

### C. Besonderheiten

Stand der/die Verletzte z. Zt. des Unfalls unter Einfluss von Alkohol  
oder anderen berauschenden Mitteln?

☐ ja ☐ nein

Wurde eine Blutprobe entnommen?

☐ ja ☐ %<sub>00</sub> ☐ nein

### D. Ambulante Behandlung

In der Zeit vom

bis

und vom

bis

Die Behandlung ist

☐ nicht beendet

☐ vorläufig beendet

☐ endgültig beendet

Art der Gesundheitsschäden

Ist anzunehmen, dass infolge des Unfalls ein Dauerschaden verbleibt?

☐ ja ☐ nein

Sind diese Gesundheitsschäden auf den Unfall zurückzuführen?

☐ ja ☐ nein ☐ teilweise

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

### E. Unterschriften

Stempel des Krankenhauses und Unterschrift des Arztes

Ort

Datum



156000