

LIEGEBESCHEINIGUNG

Krankenhaus / Einrichtung: _____

Patient:

Vorname, Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Aufenthalt:

Aufnahmedatum: _____

Entlassdatum: _____

Station / Abteilung: _____

Begründung / Diagnose:

Bestätigung:

Hiermit wird bestätigt, dass der oben genannte Patient aufgrund der genannten Diagnose bzw. Begründung im genannten Zeitraum im Krankenhaus / in der Einrichtung stationär aufgenommen und behandelt wurde. Diese Bescheinigung dient als Nachweis für den Krankenhausaufenthalt und kann gegenüber Krankenkassen, Arbeitgebern oder anderen berechtigten Stellen verwendet werden.

Ausstellender Arzt / Klinik

Patient / Angehöriger

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/liegebescheinigung-krankenhaus/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://gesundheit-experte.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.