



- NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG
- NÜRNBERGER Beamten Allgemeine Versicherung AG
- GARANTA Versicherungs-AG
- ☒ 90337 Nürnberg

## Bescheinigung über Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nach ambulanter Operation

Schaden-Nummer	Unfalltag	Geburtsdatum
----------------	-----------	--------------

Name und Anschrift der versicherten Person

---



---

Wie lange und in welchem Umfang bestand eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im Aufgaben- bzw. Tätigkeitsbereich (bei Nichtberufstätigen ist deren übliche Beschäftigung maßgebend)?

Art der Beschäftigung			
Angabe in %	Zeitraum	Angabe in %	Zeitraum
	—		—

Welche Gesundheitsschäden wurden behandelt bzw. diagnostiziert?

---



---

Fand deswegen eine ambulante Operation statt?

nein       ja, welche?      Art der OP

Die behandelten Gesundheitsschäden bzw. die Beeinträchtigung im Aufgaben- bzw. Tätigkeitsbereich

sind ausschließlich auf das Unfallereignis zurückzuführen.  
wurden durch folgende Krankheiten bzw. Gebrechen

allein verursacht

mitverursacht      zu wieviel %      \_\_\_\_\_

Krankheiten bzw. Gebrechen

Wie wurde der Unfallhergang geschildert?

---



---



---

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes/Krankenhauses