

Central Krankenversicherung AG · 50593 Köln

Hansaring 40-50
50670 Köln
Telefon (0221) 1636-0
Telefax (0221) 1636-200

Postanschrift:
Central
Krankenversicherung AG
50593 Köln

Ihre Zeichen Ihre Nachricht vom FD/Versicherungsschein-Nr. Unsere Zeichen Durchwahl Tag
LS 1636/

Krankenhausaufenthalt

ab	Patient
----	---------

Sehr geehrter Versicherter,

zur Prüfung Ihres Anspruchs aus der Krankenhaustagegeldversicherung bitten wir den anhängenden Vordruck vom Arzt des Krankenhauses bzw. von der Krankenhausverwaltung nach Abschluss der Behandlung ausfüllen zu lassen und an uns zurückzusenden. Bei länger andauerndem Krankenhausaufenthalt können Sie den Vordruck auch nach etwa 10 Tagen als Zwischenbescheinigung vorlegen.

Bitte achten Sie darauf, dass die Bescheinigung vollständig ausgefüllt wird. Evtl. Kosten der Bescheinigung sind von Ihnen zu tragen.

Mit freundlichen Grüßen

Vertragsbetreuung



Vorsitzender des Aufsichtsrates:
Prof. h. c. (RUS) Dr. Wolfgang Kaske
Vorstand: Heinz Teuscher (Vorsitzender), Oliver Brüb, Frank Hüppelshäuser, Hans-Herbert Rospleszcz
Sitz: Köln, Amtsgericht Köln HRB 93

Bescheinigung über Krankenhausaufenthalt für die Central Krankenversicherung AG

FD/Versicherungsschein-Nr.			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black; text-align: center;">/</td> <td style="width: 75%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>		/	
	/		

Name/Vorname des Patienten	geboren am
wohnhaft: Straße/PLZ/Ort	

wurde/wird in unserem Hause stationär/teilstationär behandelt

vom	bis einschließlich	Urlaub vom/bis bzw. am	Patient entlassen?		
			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; text-align: center;">ja</td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; text-align: center;">nein</td> </tr> </table>	ja	nein
ja	nein				

wegen Diagnosen (ICD)

Stempel des Krankenhauses	Datum	Unterschrift des Arztes
---------------------------	-------	-------------------------

Evtl. Kosten dieser Bescheinigung sind vom Patienten zu tragen.