

## Ärztliche Bescheinigung / Attest

**Versicherungsnummer:**  
**Versicherungsnehmer:**

**Zeugnis für**  
Geburtsdatum

**Festgestellte Diagnose:**

**Kurze Vorgeschichte (Anamnese):**

**Durchgeführte Therapie:**

**Histologischer Befund evtl. Laborwerte/Röntgenbefunde bzw. Kernspintomographische Befunde:**

**Dauer eines evtl. Krankenhausaufenthalts/einer ambulanten Behandlung:**

**Behandlungserfolg:**

**Noch erforderliche Therapie:**

**Ergebnis der letzten Nachuntersuchung (falls eine stattfand):**

**Prognose:**

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_

**Hinweis für den Arzt und Antragsteller:**

- Die Kosten des Zeugnisses trägt der Antragsteller.
  - Anerkannt werden nur Zeugnisse von in Deutschland niedergelassenen Ärzten.  
Nicht anerkannt werden Zeugnisse von Ehegatten sowie Verwandten der auf- und absteigenden Linie der untersuchten Person.
  - Bitte vollständig und lesbar (wenn möglich in Maschinenschrift) ausfüllen.
-