

LIEGEBESCHEINIGUNG KRANKENHAUS

Krankenhausname : _____

Abteilung : _____

Patientenname : _____

Geburtsdatum : _____

Aufnahmedatum : _____

Entlassdatum : _____

Bestätigung der Liegezeit:

Hiermit wird bestätigt, dass der oben genannte Patient/die oben genannte Patientin im genannten Krankenhaus in der angegebenen Abteilung vom Aufnahmedatum bis zum Entlassdatum stationär untergebracht war/ist.

Rechtliche Hinweise:

Diese Bescheinigung dient ausschließlich als Nachweis der stationären Liegezeit im Krankenhaus und ersetzt keine medizinischen Atteste oder Diagnosen. Rechtliche Ansprüche und Haftungsfragen richten sich nach den geltenden deutschen Gesetzen und Vorschriften.

Haftungsausschluss:

Das Krankenhaus übernimmt keine Haftung für Schäden, die aus der Verwendung dieser Bescheinigung entstehen könnten. Diese Bescheinigung ist ohne Unterschrift und Stempel nicht gültig.

KRANKENHAUSLEITUNG

ÄRZTLICHE LEITUNG

Unterschrift : _____

Unterschrift : _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://musterklar.com/liegebescheinigung-krankenhaus-muster/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://musterklar.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.