

Militärversicherung Ärztlicher Zwischenbericht

suva

Versicherten-Nr.:
Krankheits-/Unfall-Datum:

Versicherter:	Sozialversicherungs-Nr.:	Geburtsdatum / Geschlecht:
Name:	Vorname:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Strasse & Nr.:	PLZ:	Wohnort:

Arbeitgeber:	Name:
Strasse, PLZ Ort:	
Beruf:	

1. Diagnose:	Typ:	Code:

2. Verlauf:	a) Bisheriger Verlauf und gegenwärtiger Zustand (subjektiv und objektiv):
	b) Prognose:
	c) Gibt es besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen können (z.B. frühere Erkrankungen, Unfälle, soziale Umstände)? wenn ja, welche

3. Therapie:

a) Gegenwärtige Behandlung:

b) Prozedere/Vorschläge (weitere Behandlung, Röntgen, kreisärztliche Untersuchung usw.):

c) In welchen Abständen finden Konsultationen statt?

d) Voraussichtliche Dauer der Behandlung?

4. Arbeitsaufnahme:

a) Wiederaufnahme der Arbeit zu _____ % seit/vorgesehen auf _____

b) Sollen wir uns beim Betrieb um Zuweisung geeigneter Arbeit engagieren? _____

c) Ist ein bleibender Nachteil zu erwarten? _____
wenn ja, welcher _____

d) Teilarbeitsfähigkeit? _____ wenn nein, warum: _____

5. Bemerkungen:

Leistungserbringer:	Name: _____	GLN.: _____
	Strasse: _____	ZSR: _____
	PLZ Ort: _____	Telefon: _____
	eMail: _____	
Bearbeiter: Name: _____ <small>falls abweichend zu Leistungserbringer</small>		
Datum: _____		Unterschrift: _____ <small>bei elektronischer Einsendung unnötig</small>

Elektronische Übermittlung

Mit dem Knopf «Daten absenden» senden Sie das aktuelle Formular rechtsgültig an die MV.

Zusatzfeld:

A large, empty grey rectangular area intended for additional information or notes, occupying the majority of the page's content space.