

Armeestab Sanität, Militärärztlicher Dienst Krankheits- und Unfallmeldung während des Militär-/Schutzdienstes

Formular für die Überweisung an zivilen Arzt, Zahnarzt oder ans Spital und für den Medikamentenbezug aus ziviler Apotheke (Betrag > SFr. 100.-)

| ► Angaben des Versicherten | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Versicherten-Nr. (falls bekannt): _____ | 2. Sozialversicherungs-Nr.: _____ | 3. Geburtsdatum / Geschlecht: _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| 4. Name: _____ | 5. Vorname: _____ | 6. E-Mail: _____ |
| 7. Strasse & Nr.: _____ | 8. PLZ: _____ | 9. Wohnort: _____ |
| 10. Tel.-Nr. Mobile: _____ | 11. Tel.-Nr. Privat: _____ | 12. Tel.-Nr. Geschäft: _____ |
| 13. Dienst Anlass: _____ | Datum Dienstbeginn - Dienstende (ordentlich) _____ | Vorzeitige Entlassung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Datum: _____ |
| 14. Beginn und Entwicklung der Krankheit bzw. Unfalldatum, Unfallort und Hergang, Art der Schädigung, betroffene Körperteile _____ _____ _____ | | |
| Sofern Unfall: <input type="checkbox"/> im Dienstbetrieb <input type="checkbox"/> Ausgang/Freizeit <input type="checkbox"/> im Urlaub <input type="checkbox"/> Hin- oder Rückweg | | |
| 15. Erwerbsstatus: <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> in Aus-/Weiterbildung | | |
| 16. Aktuelle Berufstätigkeit: _____ 17. Arbeitgeber: (Name resp. PLZ Ort) _____ | | |
| ► Angaben des Truppen- oder Kursarztes | | |
| 18. Feststellung des Truppen- oder Kursarztes, evtl. Diagnose, verordnete Medikamente: _____ _____ | | |
| 19. Überweisung an bzw. Behandlung durch: (Name resp. Strasse, PLZ Ort) | | |
| <input type="checkbox"/> Waffenplatz(spezial)arzt: | _____ _____ | Tel.: _____ GLN: _____ Fax: _____ ZSR: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ziviler Arzt, Zahnarzt, Spital: | _____ _____ | Tel.: _____ GLN: _____ Fax: _____ ZSR: _____ |
| <input type="checkbox"/> Apotheke: Medikamentenbezug über SFr. 100.- | _____ _____ | Tel.: _____ GLN: _____ Fax: _____ ZSR: _____ |
| 20. Bemerkungen: _____ _____ | | |
| 21. Behandelnder Truppen- oder Kursarzt: (Name resp. Strasse, PLZ Ort) | | |
| _____ _____ | Tel.: _____ GLN: _____ Fax: _____ ZSR: _____ | Stationierungsort: _____ Datum: _____ |
| Unterschrift: _____ <small>bei elektronischer Einsendung unnötig</small> | | |

Hinweis: Der Rechnung nach Tarmed / Zahnarzttarif UV/MV/IV bzw die Medikamentenrechnung kann mittels MediData elektronisch an die Militärversicherung gesendet werden. GLN: 7601003003130

Elektronische Übermittlung

Mit dem Knopf «Kopie senden» senden Sie eine Kopie das aktuelle Formular rechtsgültig an die MV.