

Versicherten-Nr.:

| | | |
|----------------------|--------------------------|---|
| Versicherter: | Sozialversicherungs-Nr.: | Geburtsdatum / Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Name: | Vorname: | E-Mail: |
| Strasse & Nr.: | PLZ: | Wohnort: |
| Arbeitgeber: | Name: | |
| | Strasse, PLZ Ort: | |
| | Tätigkeit: | Arbeitspensum: % |

Bestätigung des Arztes (Arbeitsunfähigkeit wegen der militärversicherten Gesundheitsschädigung)

| | | |
|------------------|------|-------|
| Diagnose: | Typ: | Code: |
| | | |

| Datum der Konsultation | Grad bei Teilarbeitsfähigkeit < 100% | Arbeitsunfähigkeit von - bis | Bemerkung |
|------------------------|--------------------------------------|------------------------------|-----------|
| | % d.h. h/Tag zu % | - | |
| | % d.h. h/Tag zu % | - | |
| | % d.h. h/Tag zu % | - | |
| | % d.h. h/Tag zu % | - | |

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit: Wochen

Die ärztliche Behandlung endete am:

Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten, sofern die Arbeitsunfähigkeit länger als 8 Wochen dauert

1. Der Versicherte kann während der **reduzierten Arbeitsfähigkeit** die folgenden Tätigkeiten **nicht ausführen**:

2. Hingegen **kann** der Versicherte folgende Tätigkeiten **ausführen**:

3. Eine **Teilarbeitsfähigkeit ist nicht möglich**, weil:

Hinweis Sofern die Arbeitsunfähigkeit länger als 8 Wochen andauert, wird die Militärversicherung dem behandelnden Arzt eine Arbeitsplatzbeschreibung des Versicherten zustellen.

Wir bitten Sie das Formular nach jeder Konsultation an die Militärversicherung zu senden.

| | | |
|----------------------------------|----------|----------|
| Behandelnder Arzt/Ärztin: | Name: | GLN.: |
| | Strasse: | ZSR: |
| | PLZ Ort: | Telefon: |
| | E-Mail: | |

Bemerkungen:

Datum:

Unterschrift:

bei elektronischer Einsendung unnötig

Elektronische Übermittlung

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