

## 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.-)

<b>► Angaben des Versicherten</b>		
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) _____		
<b>► Angaben des Truppen- oder Kursarztes</b>		
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.: _____ Fax: _____	GLN: _____ ZSR: _____
<input type="checkbox"/> Ziviler Arzt, Zahnarzt, Spital: _____	Tel.: _____ Fax: _____	GLN: _____ ZSR: _____
<input type="checkbox"/> Apotheke: Medikamentenbezug über SFr. 100.-	Tel.: _____ Fax: _____	GLN: _____ ZSR: _____
20. Bemerkungen:  _____  _____		
21. Behandelnder Truppen- oder Kursarzt: (Name resp. Strasse, PLZ Ort)		
_____	Tel.: _____ Fax: _____	GLN: _____ 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.