

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:	_____
	Strasse:	_____
	PLZ Ort:	_____
	E-Mail:	_____
	GLN.:	_____
	ZSR:	_____
	Telefon:	_____

Bemerkungen: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____
bei elektronischer Einreichung unnötig

Elektronische Übermittlung

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