

Assurance militaire Rapport médical intermédiaire

suva

		N° d'assuré:	
		Date de maladie/accident:	
Assuré(e)	N° d'assurance sociale:	Date de naissance / Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nom:	Prénom:	E-Mail:	
Rue, n°:	NPA:	Domicile:	
Employeur:	Nom:		
	Rue, NP lieu:		
	Profession:		
1. Diagnostic:	Typ:	Code:	
2. Evolution:	a) Evolution jusqu'à ce jour et état actuel (subjectif et objectif):		
	b) Pronostic:		
	c) Existe-t-il des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison (maladies antérieures, accidents, circonstances sociales, etc.)? Si oui, lesquelles?		

3. Thérapie:

a) Traitement actuel:

b) Procédure/Propositions (poursuite du traitement, radiographies, examen par le médecin d'arrondissement, etc.):

c) A quel intervalle ont lieu les consultations?

d) Durée prévue du traitement?

4. Reprise du travail:

a) Reprise du travail à _____ % depuis le/prévue le _____

b) Devons-nous intervenir auprès de l'entreprise pour l'attribution d'un travail approprié? _____

c) Faut-il s'attendre à ce qu'un dommage demeure? _____
Si oui, lequel?

d) Inemployabilité partielle? _____ si non, pourquoi: _____

5. Remarques:

Fournisseur de prestation:	Nom: _____	GLN.: _____
	Rue: _____	RCC: _____
	NP lieu: _____	Téléphone: _____
	eMail: _____	
Exécutant: <small>si différent du fournisseur de prestation</small>	Nom: _____	
	Date: _____	Signature: _____ <small>superflu pour envoi électronique</small>

Transmission électronique

Avec le bouton «Envoyer des données» vous pouvez envoyer les données électroniquement à l'Assurance militaire.

Champ
supplémentaire:

