

## Vertraulicher Bericht

Die mit diesem Formular eingeholten Informationen, werden gemäss den deantologischen Regeln mit grösster Vertraulichkeit behandelt und sind dem Berufsgeheimnis unterstellt. Bitte die entsprechenden Felder ankreuzen und die entsprechenden Daten und Fragen beantworten, wenn dies verlangt wird.  
**Der Patient muss nicht aufgeboten werden.**

### Name

Name   
Strasse   
Geschlecht   
Geburtsdatum   
Kundennummer

Vorname   
PLZ / Ort   
Tel.   
eMail   
Antragsnummer

### Vitaldaten und Tabak

Körpergrösse:  cm      Gewicht:  kg      Datum:   
Blutdruck:  mmHg systolisch /  mmHg diastolisch      Datum:   
Raucher/Raucherin:  Nein  Ja      Falls ja, was?       Anzahl/Tag?       E-Zigarette:  Nein  Ja  
Hat früher geraucht:  Nein  Ja      Seit wann nicht mehr?

### 1. Diagnosen mit Symptomen und Datum

## 2. Art der Behandlung(en) und/oder Name des Medikamentes/der Medikamente

(Bitte Datum, Dauer und Ursachen präzisieren)

## 3. Komplikationen oder Folgen nein ja

## 4. Arbeitsunfähigkeiten

Beginn	Ende	Grad (%)	Grund
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 5. Datum der letzten Konsultation

Grund:

Resultat:

## 6. Sind der zu versichernden Person alle Diagnosen bekannt?

nein  ja

## 7. Sind Ihnen andere wichtige Erkrankungen, Unfälle oder Risikofaktoren bekannt, welche durch Sie oder andere Ärzte/Ärztinnen behandelt wurden?

(Nicht anzugeben sind: Mandel- und Blinddarmentzündungen, Grippe, Erkältungskrankheiten, Mumps, Masern, Röteln, Windpocken, Verhütungsmittel, Niederkunft und gynäkologische Kontrollen, welche normale Werte ergeben haben.)

nein  ja

Welche? Datum? Dauer? Name und Adresse des behandelnden Arztes / Ärztin?

Welche Behandlung(en) und/oder Name des Medikamentes(en)

## 8. Andere Bemerkungen

nein  ja

## Anmerkungen

Sofern spezielle Untersuchungen durchgeführt wurden, bitten wir um Angabe der Resultate und Normwerte.

## 9. Rechnungsstellung

nein  ja

Alternativ kann eine Papier-Rechnung gemäss Standard an die "**Schweizerischen Mobiliar  
Lebensversicherungs-Gesellschaft AG, Postfach, 1260 Nyon**" gestellt werden

Honorar

- Kurzbericht: CHF 60.-  
 Bericht mit mehr Angaben: CHF 80.-  
 Komplexer Bericht: CHF 140.-  
 Anderer Betrag: CHF

Bankverbindung/IBAN

Bitte beachten Sie, dass QR-IBAN nicht verwendet werden kann!

Zahlungsvermerk

Arzt/Ärztin  
Fachperson

Telefon

Fax

eMail

Datum

## Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an den ärztlichen Dienst der Mobiliar.