Militärversicherung
Krankheits- und Unfallschein MVG

Suva Bern
Militärversicherung · Service Center
Postfach · 6009 Luzern
Tel. 031 387 35 35 · Fax 031 387 35 70

suva

Versicherten-Nr.:
00.000.000

Versicherter:			
	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:

X

Datum der Konsultation	Grad bei Teilarbeitsfähigkeit < 100%	Arbeitsunfähigkeit von - bis	Bemerkung
X	% d.h. h/Tag zu %	-	
X	% d.h. h/Tag zu %	-	
X	% d.h. h/Tag zu %	-	
X	% 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:	GLN.:	
	PLZ Ort:	ZSR:	
	E-Mail:	Telefon:	

Bemerkungen:

Datum: Unterschrift: _____
bei elektronischer Einsendung unnötig

Elektronische Übermittlung Daten absenden

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