

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

<p>Transmission électronique</p> <p>Avec le bouton «Envoyer des données» vous pouvez envoyer les données électroniquement à l'Assurance militaire.</p>	
---	--

Champ
supplémentaire: