



<b>Anmeldung MVG</b>			<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Rückfall/Spätfolge	<input type="checkbox"/> Zahnschaden	<input type="checkbox"/> Mutterschaft
▶ <b>Ausgefüllt durch</b>			<input type="checkbox"/> Arzt	<input type="checkbox"/> Versicherter	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> Anderer:	
▶ <b>Angaben des Versicherten</b>							
1. Versicherten-Nr. (falls bekannt):	2. Sozialversicherungs-Nr.:	3. Geburtsdatum / Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
4. Name:	5. Vorname:	6. E-Mail:					
7. Strasse & Nr.:	8. PLZ:	9. Wohnort:					
10. Tel.-Nr. Mobile:	11. Tel.-Nr. Privat:	12. Tel.-Nr. Geschäft:					
13. Erwerbsstatus: <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> in Aus-/Weiterbildung							
14. Aktuelle Berufstätigkeit: 15. Arbeitgeber: (Name resp. PLZ Ort)							
16. Versichertenkategorie: <input type="checkbox"/> Militär <input type="checkbox"/> Zivilschutz <input type="checkbox"/> Zivildienst <input type="checkbox"/> kein Dienst <input type="checkbox"/> anderer Anlass:							
17. Dienstanlass: Datum Dienstbeginn - Dienstende (ordentlich) Vorzeitige Entlassung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Datum:							
18. Bei Krankheit: Beginn und Entwicklung, betroffene Körperteile (rechts/links)							
19. Bei Unfall: Genauer Hergang, Art der Schädigung, betroffene Körperteile (rechts/links):							
20. Unfall-Ort: 21. Unfall-Datum: 22. Unfall-Zeit:							
23. Unfall-Zeitpunkt: <input type="checkbox"/> während d. Dienstes <input type="checkbox"/> in Ausgang/Freizeit <input type="checkbox"/> im Urlaub <input type="checkbox"/> auf Hin-/Rückweg (Wohnort-Dienstort)							
24. Polizeirapport: <input type="checkbox"/> zivile Polizei <input type="checkbox"/> Militärpolizei <input type="checkbox"/> kein Polizeirapport							
25. Gesundheitsschädigung: <input type="checkbox"/> bei Dienstbeginn (sanitarische Befragung) <input type="checkbox"/> während d. Dienstes <input type="checkbox"/> nach dem Dienst							
▶ <b>Angaben des behandelnden Arztes</b> (durch den Arzt auszufüllen)							
26. Datum der 1. Konsultation:							
27. Diagnose:							
28. Anamnese (jetzige Affektion, evtl. frühere Erkrankungen oder Unfälle gleicher oder ähnlicher Art):							
29. Behandlungsmassnahmen:							
30. Medizinische Behandlung abgeschlossen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital:							
31. Arbeitsunfähigkeit: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, ab wann? bis wann? Grad der Arbeitsunfähigkeit % voraussichtliche Dauer: <input type="checkbox"/> länger als 8 Wochen bei Unfall <input type="checkbox"/> länger als 4 Wochen bei Krankheit							
32. Arbeitsunfähigkeit beurteilt für die Tätigkeit als:							
33. Behandelnder Arzt: (Name resp. Strasse, PLZ Ort) Tel.: GLN: Fax: ZSR:							
34. Bemerkungen:							

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
bei elektronischer Einsendung unnötig

### Elektronische Übermittlung

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