

(Das Formular ist auf www.mobi.ch publiziert und kann am Bildschirm ausgefüllt werden. Benützen Sie die Tabulator-Taste, um in das nächste Feld zu gelangen. Sie können das Formular auch ausdrucken und von Hand ausfüllen. Bitte schicken Sie es uns nicht auf elektronischem Weg.)

Versicherte Person

Name/Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Todestag: _____

Tod

1. Todesursache: _____

2. **Krankheit**

Diagnose des Grundleidens: _____
 Wann und in welcher Art hat sich das Leiden erstmals manifestiert: _____
 Datum der Diagnosenstellung: _____
 Wann wurde diese Diagnose dem Patienten mitgeteilt: _____

Allfällige Vorerkrankungen:	<u>Erkrankung</u> _____	<u>Zeit vom/bis</u> _____
	_____	_____
	_____	_____

Unfall

Art des Unfalls: _____
 Datum des Unfalls: _____

Selbsttötung

Datum der Selbsttötung: _____

3. Liegt ein Zusammenhang zwischen Todesursache und Grundleiden vor? Ja Nein

Behandlung des zum Tod führenden Grundleidens

4. Beginn Ihrer Behandlung: _____

5. Behandlungen durch andere Ärzte:

<u>Zeit vom/bis</u>	<u>Name des Arztes, Ort</u>	<u>Gründe</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Autopsie

6. Wurde eine Autopsie durchgeführt?

Ja

Nein

Wer wurde damit beauftragt?

Wer hat die Autopsie verlangt/veranlasst?

Vor dem Tod

7. Arbeitsunfähigkeit

Zeit vom/bis

%

Gründe

8. Name und Adresse des Hausarztes:

9. Hat die verstorbene Person jemals Zigaretten geraucht? Wenn ja, während welcher Zeitdauer:

Bemerkungen

10. Haben Sie ärztliche Berichte für andere Versicherungen ausgestellt? Wenn ja, für welche Gesellschaft?

11. Ihr Kommentar:

Der Bericht muss direkt an den medizinischen Dienst der Mobiliar in Nyon gesandt werden. Die Mobiliar übernimmt das Honorar zu diesem Bericht.

Datum:

Stempel und Adresse des Arztes:

Unterschrift:

Beilagen:
1 Honorarnote
2 Couverts