



Ärztlicher Todesfallbericht

(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: _____
Todesstag: _____

Tod

1. Todesursache: _____
2. **Krankheit**
Diagnose des Grundleidens: _____
Datum der Diagnosenstellung: _____
- Unfall**
Art des Unfalls: _____
Datum des Unfalls: _____
- Selbsttötung**
Datum der Selbsttötung: _____

Behandlung des zum Tod führenden Grundleidens

3. Beginn Ihrer Behandlung: _____ Dauer: _____
4. Behandlungen durch andere Ärzte:
- | Zeit vom/bis | Name des Arztes, Ort | Gründe |
|--------------|----------------------|--------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Autopsie

5. Wurde eine Autopsie durchgeführt? Ja Nein
Wer wurde damit beauftragt? _____
Wer hat die Autopsie verlangt/veranlasst? _____

Vor dem Tod

6. Arbeitsunfähigkeit
- | Zeit vom/bis | % | Gründe |
|--------------|-------|--------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Vor dem Tod

7. Ihre Behandlungen und ärztlichen Kontrollen für andere Beschwerden als die unter Punkt 1 bis 4 erwähnten

Zeit vom/bis	Gründe
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

8. Von anderen Ärzten durchgeführte Kontrollen und Behandlungen für andere Beschwerden als die unter Punkt 1 bis 4 aufgeführten

Zeit vom/bis	Name des Arztes, Ort	Gründe
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

9. War die verstorbene Person von einer angeborenen oder erworbenen Behinderung betroffen? Wenn ja, welche? Seit wann?

10. Name und Adresse des Hausarztes:

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

Bemerkungen

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

13. 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