

**To the doctor**  
**A M. le médecin**  
An den Arzt

**MEDICAL REPORT**

Rapport médical  
(Ärztlicher Bericht)

anglais / français / deutsch

Dear Sir,  
Please undertake the treatment of Mr/Mrs/Miss

Monsieur,  
Nous vous serions obligés de bien vouloir vous charger du traitement de Monsieur/Madame/Mademoiselle  
Wir bitten Sie um Behandlung von Herrn / Frau / Fräulein

To be filled in by employee  
A compléter par l'employé(e)  
Vom Mitarbeiter auszufüllen

Name  
Nom  
Name

date of birth  
né (e) le  
geb.

Home address  
Adresse du domicile  
Heimatadresse

employed in firm  
employé(e) par l'entreprise  
beschäftigt im Unternehmen

Work place  
Poste de travail  
Arbeitsstelle

Please enter the data desired below and hand this sheet to the patient again.  
Please give supplementary data (X-ray, laboratory) for the patient to take with him / her.  
Prière d'inscrire les renseignements ci-dessous et de remettre la feuille à votre client.  
Prière de lui donner si possible les résultats d'examens supplémentaires (radiographies / constats de laboratoire, etc.).  
Bitte tragen Sie die nachstehend gewünschten Daten ein und händigen Sie den Bogen Ihrem Patienten wieder aus.  
Zusätzliche Befunde (Röntgen / Labor) bitten wir, dem Patienten nach Möglichkeit mitzugeben.

First day of treatment  
Début de traitement  
Erster Tag der Behandlung

Diagnosis (in Latin)  
Diagnostic (en latin)  
Diagnose (lateinisch)

Further consultations (Please state the individual dates of treatment)  
Autres consultations (indiquer chaque jour de consultation)  
Weitere Konsultationen (Bitte die einzelnen Behandlungstage anführen)

Is an accident during working hours involved? Details of accident.  
S'agit-il d'un accident du travail? Détails de l'accident.  
Handelt es sich um einen Arbeitsunfall? Unfallhergang.

No  
Non  
Nein

Yes  
Oui  
Ja

Please indicate dental treatment on the following diagram:  
Prière d'indiquer les soins dentaires sur le schéma suivant:  
Zahnbehandlung bitte im nachstehenden Schema kennzeichnen:

PI = Filling / plombage / Plombe  
St = Pivot tooth / dent à pivot / Stifzahn  
Pr = Prosthesis / prothèse / Prothese

K = Crown / couronne / Krone  
B = Bridge / bridge / Brücke  
Ex = Extraction / extraction / Extraktion

right  
droite  
rechts

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

left  
gauche  
links

Upper jaw / maxillaire supérieure / Oberkiefer

Lower jaw / maxillaire inférieure / Unterkiefer

**CERTIFICATE OF UNFITNESS FOR WORK**  
**CERTIFICAT D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL**  
**Bescheinigung über Arbeitsunfähigkeit**

Unfit for work  
incapacité de travail  
Arbeitsunfähig

No  
Non  
Nein

Yes  
Oui  
Ja

from  
du  
von

until  
au  
bis

In need of further treatment  
Traitement encore nécessaire  
noch behandlungsbedürftig

No  
Non  
Nein

Yes  
Oui  
Ja

Hospitalisation (Name of hospital / address)  
Traitement clinique (Nom de l'hôpital / Adresse)  
Stationäre Behandlung im Krankenhaus (Name des Krankenhauses / Adresse)

was necessary from  
a été nécessaire du  
war notwendig vom

until  
au  
bis

If possible, please enclose the final report. / Prière de joindre si possible le rapport final. / Bitte fügen Sie nach Möglichkeit den Abschlussbericht bei.

Town / Country  
Localité / pays  
Ort / Land

Address  
Adresse  
Adresse

Date  
date  
Datum

Stamp and Signature of Doctor  
Cachet et Signature du médecin  
Stempel und Unterschrift des Arztes

**Bescheinigung  
über  
Arbeitsunfähigkeit**

To be filled in by employee  
A compléter par l'employé(e)  
Vom Mitarbeiter auszufüllen

Name  
Nom  
Name

date of birth  
né (e) le  
geb.

Home address  
Adresse du comicile  
Heimatadresse

employed in firm  
employé(e) par l'entreprise  
beschäftigt im Unternehmen

Work place  
Poste de travail  
Arbeitsstelle

To be filled in by the doctor  
A compléter par le médecin  
Vom Arzt auszufüllen

Is an accident during working hours involved? Details of accident.  
S'agit-il d'un accident du travail? Détails de l'accident.  
Handelt es sich um einen Arbeitsunfall? Unfallhergang.

No  
Non  
Nein

Yes  
Oui  
Ja

**CERTIFICATE OF UNFITNESS FOR WORK  
CERTIFICAT D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL  
Bescheinigung über Arbeitsunfähigkeit**

Unfit for work  
incapacité de travail  
Arbeitsunfähig

No  
Non  
Nein

Yes  
Oui  
Ja

from  
du  
von

until  
au  
bis

In need of further treatment  
Traitement encore nécessaire  
noch behandlungsbedürftig

No  
Non  
Nein

Yes  
Oui  
Ja

Town / Country  
Localité / pays  
Ort / Land

Address  
Adresse  
Adresse

Date  
date  
Datum

Stamp and Signature of Doctor  
Cachet et Signature du médecin  
Stempel und Unterschrift des Arztes

**To the doctor**  
**A M. le médecin**  
 An den Arzt

**MEDICAL REPORT**

Rapport médical  
 (Ärztlicher Bericht)

anglais / français / deutsch

Dear Sir,  
 Please undertake the treatment of Mr/Mrs/Miss

Monsieur,  
 Nous vous serions obligés de bien vouloir vous charger du traitement de Monsieur/Madame/Mademoiselle  
 Wir bitten Sie um Behandlung von Herrn / Frau / Fräulein

To be filled in by employee  
 A compléter par l'employé(e)  
 Vom Mitarbeiter auszufüllen

Name  
 Nom  
 Name

date of birth  
 né (e) le  
 geb.

Home address  
 Adresse du domicile  
 Heimatadresse

employed in firm  
 employé(e) par l'entreprise  
 beschäftigt im Unternehmen

Work place  
 Poste de travail  
 Arbeitsstelle

Please enter the data desired below and hand this sheet to the patient again.  
 Please give supplementary data (X-ray, laboratory) for the patient to take with him / her.  
 Prière d'inscrire les renseignements ci-dessous et de remettre la feuille à votre client.  
 Prière de lui donner si possible les résultats d'examens supplémentaires (radiographies / constats de laboratoire, etc.).  
 Bitte tragen Sie die nachstehend gewünschten Daten ein und händigen Sie den Bogen Ihrem Patienten wieder aus.  
 Zusätzliche Befunde (Röntgen / Labor) bitten wir, dem Patienten nach Möglichkeit mitzugeben.

First day of treatment  
 Début de traitement  
 Erster Tag der Behandlung

Diagnosis (in Latin)  
 Diagnostic (en latin)  
 Diagnose (lateinisch)

Further consultations (Please state the individual dates of treatment)  
 Autres consultations (indiquer chaque jour de consultation)  
 Weitere Konsultationen (Bitte die einzelnen Behandlungstage anführen)

Is an accident during working hours involved? Details of accident.  
 S'agit-il d'un accident du travail? Détails de l'accident.  
 Handelt es sich um einen Arbeitsunfall? Unfallhergang.

No  
 Non  
 Nein

Yes  
 Oui  
 Ja

To be filled in by the doctor  
 A compléter par le médecin  
 Vom Arzt auszufüllen

Please indicate dental treatment on the following diagram:  
 Prière d'indiquer les soins dentaires sur le schéma suivant:  
 Zahnbehandlung bitte im nachstehenden Schema kennzeichnen:

PI = Filling / plombage / Plombe  
 St = Pivot tooth / dent à pivot / Stifzahn  
 Pr = Prosthesis / prothèse / Prothese

K = Crown / couronne / Krone  
 B = Bridge / bridge / Brücke  
 Ex = Extraction / extraction / Extraktion

right  
 droite  
 rechts

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

left  
 gauche  
 links

Upper jaw / maxillaire supérieure / Oberkiefer

**CERTIFICATE OF UNFITNESS FOR WORK**  
**CERTIFICAT D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL**  
**Bescheinigung über Arbeitsunfähigkeit**

Unfit for work  
 incapacité de travail  
 Arbeitsunfähig

No  
 Non  
 Nein

Yes  
 Oui  
 Ja

from  
 du  
 von

until  
 au  
 bis

In need of further treatment  
 Traitement encore nécessaire  
 noch behandlungsbedürftig

No  
 Non  
 Nein

Yes  
 Oui  
 Ja

Hospitalisation (Name of hospital / address)  
 Traitement clinique (Nom de l'hôpital / Adresse)  
 Stationäre Behandlung im Krankenhaus (Name des Krankenhauses / Adresse)

was necessary from  
 a été nécessaire du  
 war notwendig vom

until  
 au  
 bis

If possible, please enclose the final report. / Prière de joindre si possible le rapport final. / Bitte fügen Sie nach Möglichkeit den Abschlussbericht bei.

Town / Country  
 Localité / pays  
 Ort / Land

Address  
 Adresse  
 Adresse

Date  
 date  
 Datum

Stamp and Signature of Doctor  
 Cachet et Signature du médecin  
 Stempel und Unterschrift des Arztes