

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