

To the doctor
A M. le médecin
 An den Arzt

MEDICAL REPORT

Rapport médical
 (Ärztlicher Bericht)

englisch / 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

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