

To the doctor
A M. le médecin
 An den Arzt/die Ärztin

MEDICAL REPORT

Rapport médical
 (Ärztlicher Bericht)

englisch / français / deutsch

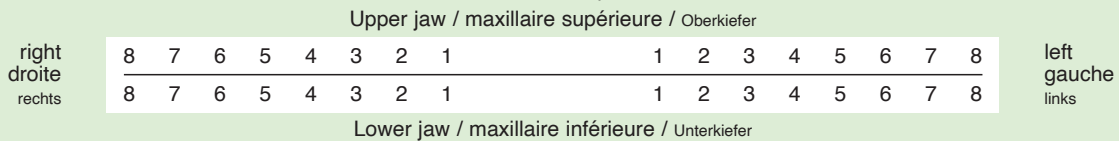
Dear Sir,
 Please undertake the treatment of Mr/Mrs
 Monsieur,
 Nous vous serions obligés de bien vouloir vous charger du traitement de Monsieur/Madame
 Wir bitten Sie um Behandlung von Herrn / Frau

To be filled in by employee A compléter par l'employé(e) Vom Mitarbeiter/der Mitarbeiterin 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/Ihrer Patientin wieder aus.
 Zusätzliche Befunde (Röntgen / Labor) bitten wir, dem Patienten/der Patientin nach Möglichkeit mitzugeben.

To be filled in by the doctor A compléter par le médecin vom Arzt bzw. Ärztin auszufüllen	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.	

Please indicate dental treatment on the following diagram: PI = Filling / plombage / Plombe K = Crown / couronne / Krone
 Prière d'indiquer les soins dentaires sur le schéma suivant: St = Pivot tooth / dent à pivot / Stifzahn B = Bridge / bridge / Brücke
 Zahnbehandlung bitte im nachstehenden Schema kennzeichnen: Pr = Prosthesis / prothèse / Prothese Ex = Extraction / extraction / Extraktion



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

Unfit for work incapacité de travail Arbeitsunfähig	<input type="checkbox"/> No Non Nein	<input type="checkbox"/> Yes Oui Ja	from du von		until au bis		In need of further treatment Traitement encore nécessaire noch behandlungsbedürftig	<input type="checkbox"/> No Non Nein	<input type="checkbox"/> 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/der Ärztin

**Bescheinigung
über
Arbeitsunfähigkeit**

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

To be filled in by the doctor A compléter par le médecin vom Arzt bzw. Ärztin 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.	

<input type="checkbox"/> No Non Nein	<input type="checkbox"/> Yes Oui Ja	
--	---	--

--	--

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

Unfit for work incapacité de travail Arbeitsunfähig	<input type="checkbox"/> No Non Nein	<input type="checkbox"/> Yes Oui Ja	from du von	<input type="text"/>	until au bis	<input type="text"/>	In need of further treatment Traitement encore nécessaire noch behandlungsbedürftig	<input type="checkbox"/> No Non Nein	<input type="checkbox"/> Yes Oui Ja
---	--	---	-------------------	----------------------	--------------------	----------------------	---	--	---

--	--	--	--	--	--	--	--	--

MEDICAL REPORT

Rapport médical

(Ärztlicher Bericht)

englisch / français / deutsch

To the doctor
A M. le médecin
An den Arzt/die Ärztin

Dear Sir,
Please undertake the treatment of Mr/Mrs

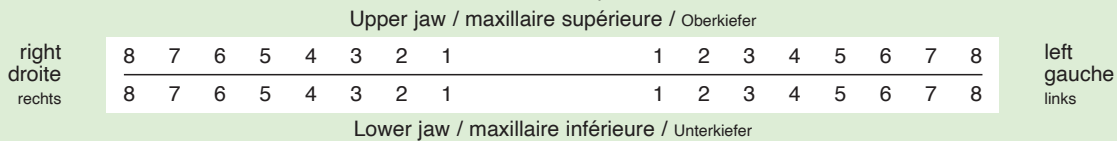
Monsieur,
Nous vous serions obligés de bien vouloir vous charger du traitement de Monsieur/Madame
Wir bitten Sie um Behandlung von Herrn / Frau

To be filled in by employee A compléter par l'employé(e) Vom Mitarbeiter/der Mitarbeiterin 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/Ihrer Patientin wieder aus.
 Zusätzliche Befunde (Röntgen / Labor) bitten wir, dem Patienten/der Patientin nach Möglichkeit mitzugeben.

To be filled in by the doctor A compléter par le médecin vom Arzt bzw. Ärztin auszufüllen	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.	

Please indicate dental treatment on the following diagram: PI = Filling / plombage / Plombe K = Crown / couronne / Krone
 Prière d'indiquer les soins dentaires sur le schéma suivant: St = Pivot tooth / dent à pivot / Stifzahn B = Bridge / bridge / Brücke
 Zahnbehandlung bitte im nachstehenden Schema kennzeichnen: Pr = Prosthesis / prothèse / Prothese Ex = Extraction / extraction / Extraktion



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

Unfit for work incapacité de travail Arbeitsunfähig	<input type="checkbox"/> No Non Nein	<input type="checkbox"/> Yes Oui Ja	from du von		until au bis		In need of further treatment Traitement encore nécessaire noch behandlungsbedürftig	<input type="checkbox"/> No Non Nein	<input type="checkbox"/> 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/der Ärztin

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	

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		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, der Ärztin
---	-------------------------------	-----------------------	--