

Arztbericht über Todesfall

Bitte mit Druckbuchstaben ausfüllen. Vollständig ausgefüllte Formulare ersparen Ihnen und uns zusätzliche Umtriebe.

Verstorbene Person

Name

Vorname

AHV-Nr.

Geburtsdatum

Todestag

1. Todesursache

Welches war die Todesursache?

2. Diagnose Grundleiden

Welches war die Diagnose des Grundleidens?

Wann wurde diese gestellt?

3. Behandlung

Beginn und Dauer Ihrer Behandlung?

4. Behandlung durch weitere Ärzte

Wurde die verstorbene Person auch durch andere Ärzte behandelt?

ja

nein

Wenn ja, durch welche? (Bitte mit Adressangabe)



▼ Bitte beachten Sie die folgende Seite.

5. Vorerkrankungen

Welche Vorerkrankungen haben bestanden?

Dauer?

6. Unfalltod

Handelt es sich um einen Unfalltod?

ja

nein

wenn ja: Art des Unfalles?

7. Suizid

Handelt es sich um einen Suizid?

ja

nein

wenn ja: Art des Suizid?

Bemerkungen

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift Arzt / Ärztin

Bitte Rechnung (ohne Rechnung kann keine Vergütung vorgenommen werden) und Einzahlungsschein beilegen und direkt an folgende Adresse senden:

Asga Pensionskasse, Medizinischer Dienst / VB, Rosenbergstrasse 16, 9001 St. Gallen

Rechnungsbetrag: CHF

Bezahlt am:



► Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt und unterzeichnet an die
Asga Pensionskasse, Medizinischer Dienst / VB, Rosenbergstrasse 16, 9001 St.Gallen.