

## 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.