Antrag zur vertrauensärztlichen Untersuchung

Einschreiben
BVK
Obstgartenstrasse 21
Postfach
8090 Zürich

Einschreiben
BVK
Obstgartenstrasse 21
Postfach
8090 Zürich

Antrag zur vertrauensärztlichen Untersuchung

Art der Untersuchung

Erste oder erneute Untersuchung?
bitte wählen

Angaben zum Arbeitgeber

Arbeitgeber:

Strasse/Nr.:

Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Telefon-Nr.:

Vertrags-Nr.:

Kontaktperson HRM : (Vorname, Name)

Direktwahl Kontaktperson :

E-Mail Kontaktperson:

Ist ein Case Manager/Supervisor involviert?

☐ ja

☐ nein

Falls interner Case Manager involviert:
Vorname Name

Ist die versicherte Person über die vertrauensärztliche Untersuchung durch den Arbeitgeber informiert worden?

☐ ja

☐ nein

Wenn vorgängige Frage mit ja beantwortet wurde: Kann das Aufgebot zur vertrauensärztlichen Untersuchung der versicherten Person direkt zugestellt werden?

☐ ja (Kopie an Arbeitgeber)

☐ nein

Angaben zur versicherten Person

Name:

Vorname:

Sozialversicherungs-Nr.:
756.

Geburtsdatum:

Funktion:

Nationalität:

Telefon-Nr. Privat:

Telefon-Nr. Geschäft:

Mobile-Nr.:

E-Mailadresse Privat:

Effektives Eintrittsdatum:

In der aktuellen Funktion seit: (Datum)

Beschäftigungsgrad in % vor allfälliger gesundheitsbedingter Reduktion:

→ *Weitere Angaben zur versicherten Person auf Folgeseite.*

Voraussichtliches Ende der ordentlichen Lohnfortzahlung: (Datum)

_____

Voraussichtliches Ende der ausserordentlichen Lohnfortzahlung resp. von Krankentaggeldleistungen: (Datum)

_____

Anmeldung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) eingereicht?

bitte wählen

Bei welcher IV-Stelle erfolgte die Anmeldung:

Datum der Anmeldung zur Früherfassung bei der IV: _____

Datum der Anmeldung bei der IV: _____

Anmeldung bei IV nicht angezeigt (inkl. Begründung): _____

Ergänzende Angaben für Lehrpersonen/ Schulleitungen

Anzahl Lektionen/Wochenstunden Vollpensum:

_____

_____

Anzahl Lektionen/Wochenstunden effektiv:

_____

Angaben zur Arbeitsunfähigkeit

Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit:

Von: _____ Bis: _____

Von: _____ Bis: _____

Von: _____ Bis: _____

Von: _____ Bis: _____

Grad der Arbeitsunfähigkeit in %:

_____

_____

_____

_____

Bitte Absenzkontrolle, Anwesenheitsspiegel, etc. beilegen.

Angaben zu stationären Aufenthalten

Versicherte Person befindet sich in stationärem Aufenthalt bzw. stationärer Aufenthalt ist geplant

Von: _____ bis: _____

Klinik / Ort des stationären Aufenthaltes:

Hausarzt

Vorname, Name:

_____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon-Nr.:

_____

_____

E-Mail:

_____

Weiterer Arzt

Vorname, Name:

_____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon-Nr.:

_____

Spezialist für:

_____

E-Mail:

_____

_____

Weiterer Arzt

Vorname, Name: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon-Nr.: _____ Spezialist für: _____

E-Mail: _____

Weiterer Arzt

Vorname, Name: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon-Nr.: _____ Spezialist für: _____

E-Mail: _____

Angaben zur Problemstellung

Krankheit oder Unfall?
bitte wählen

Problem/Beeinträchtigung: _____

Welche medizinische Fachrichtung betrifft die Arbeitsunfähigkeit (falls bekannt)

☐ Allgemein

☐ Psychiatrisch

☐ Orthopädisch

☐ Rheumatologisch

☐ Neurologisch

☐ Andere _____

Kurze Beschreibung der Situation (Keine eigenen Diagnosen stellen):

Fragen zum Arbeitsverhältnis und zur versicherten Person

Welche Haupttätigkeiten verrichtet die versicherte Person in Ihrem Betrieb?
(Stichworte; Stellenbeschreibung, Tätigkeitsprofil, etc. beilegen)

Verrichtet die versicherte Person aktuell bereits eine angepasste Tätigkeit in Ihrem Betrieb? Falls ja, inwiefern weicht diese Tätigkeit von der im Stellenbeschrieb beschriebenen Stelle ab?

Kennen Sie andere nicht-medizinische Gründe, welche die Absenz mitverursachen (Keine Mutmassungen/Spekulationen)?

Wann hatte der Arbeitgeber letztmals Kontakt mit der versicherten Person?

Was war der Inhalt des Kontakts?

Wann kann die versicherte Person nach eigenen Angaben voraussichtlich ihre Arbeit wieder aufnehmen?

Zu welchem Beschäftigungsgrad in %?

Arbeitgeberentscheid über die Weiterbeschäftigung:
bitte wählen

Falls Trennung: Datum der Trennung:

Welche internen oder externen Versetzungsmöglichkeiten, in einer angepassten Tätigkeit, stehen allenfalls zu Verfügung?

Bemerkungen:

Standardfragen an den Vertrauensarzt der BVK

(Das Gutachten muss auf diese Fragen Antwort geben)

- ✔ Diagnose(n)
- ✔ Grad der Berufsunfähigkeit, d.h. der voraussichtlich bleibenden oder längere Zeit dauernden Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (in Prozenten eines Pensums von 100%) resp. Höhe der Rest-Arbeitsfähigkeit?
- ✔ Falls die Berufsunfähigkeit noch nicht beurteilt werden kann, Datum einer allfälligen Nachuntersuchung
- ✔ Welche angepassten Tätigkeiten und in welchem Umfang können der versicherten Person zugemutet werden, in Bezug auf das medizinische Zumutbarkeitsprofil wie physikalische Belastung sowie Art und Dauer der Belastung? Ab wann sind diese umsetzbar?
- ✔ Könnte die Arbeitsfähigkeit durch geeignete Massnahmen beruflicher oder medizinischer Art verbessert werden? Gegebenenfalls durch welche und wie würden sich diese auf die Arbeitsfähigkeit auswirken?
- ✔ Hat die versicherte Person bis zum jetzigen Zeitpunkt sämtliche ihr zumutbaren Massnahmen zur Schadensminderung ergriffen?
- ✔ Bestehen medizinalfremde Gründe (IV-fremde Gründe), die eine Umsetzung einer allenfalls medizinisch-theoretischen (Teil-)Arbeitsfähigkeit erschweren könnten?
- ✔ Bestanden bereits vor Eintritt in die BVK (per [Datum]) Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aufgrund derselben Diagnose bzw. übt die versicherte Person gesundheitsbedingt lediglich ein Teilpensum aus?

Weitere Fragen an den Vertrauensarzt der BVK

(Das Gutachten muss auch auf diese Fragen Antwort geben)

- ☐ Welche Massnahmen können vom Arbeitgeber ergriffen werden, damit eine volle Arbeitsfähigkeit erlangt werden kann?
- ☐ Ist aufgrund der Erkrankung die Sicherheit bei der Arbeit eingeschränkt oder nicht sicher gestellt?
- ☐ Welche Belastungen sind zu vermeiden um wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit zu erlangen?
- ☐ Handelt es sich um eine arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeit?
- ☐
- ☐

Einzureichende Unterlagen

- ✔ Stellenbeschreibung, Tätigkeitsprofil, etc.
- ✔ Arztzeugnisse, welche die angegebenen Absenzen belegen
- ✔ Absenzenkontrolle der letzten 12 Monate
- ✔ Unfallmeldung und Unfallschein
- ✔ Kopie einer allfällig bereits erfolgten IV-Anmeldung
- ✔ Korrespondenz zwischen dem Arbeitgeber und dem Case Manager/Supervisor

Weitere Beilagen ✔ ✔

✔ ✔

Ort/Datum:

Vorname/Name*:

Stempel/Unterschrift Arbeitgeber:

* Dieser Antrag darf nur durch eine autorisierte Person unterzeichnet werden (für Direktionen/Ämter s. Liste im Personalhandbuch).

Kontakt
Telefon 058 470 44 80 (Fragen zu Invalidenleistungen)