

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?
Dropdown-List

Angaben zum Arbeitgeber

Arbeitgeber: _____

Adresszusatz: _____

Telefon-Nr.: _____

Kontaktperson HRM : (Vorname, Name) _____

E-Mail Kontaktperson: _____

Ist ein Case Manager/Supervisor involviert?
 ja
 nein

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

Strasse/Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Vertrags-Nr.: _____

Direktwahl Kontaktperson : _____

Falls interner Case Manager involviert:
 Vorname Name _____

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: _____

Sozialversicherungs-Nr.: _____
 756. _____

Funktion: _____

Telefon-Nr. Privat: _____

Mobile-Nr.: _____

Effektives Eintrittsdatum: _____

Beschäftigungsgrad in % vor allfälliger gesundheitsbedingter Reduktion: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Nationalität: _____

Telefon-Nr. Geschäft: _____

E-Mailadresse Privat: _____

In der aktuellen Funktion seit: (Datum) _____

→ 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?

Datum der Anmeldung zur Früherfassung bei der IV: _____

Dropdown-List

Bei welcher IV-Stelle erfolgte die Anmeldung:

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
Klinik / Ort des stationären Aufenthaltes:

Von: _____ bis: _____

Hausarzt

Vorname, Name: _____
Telefon-Nr.: _____
E-Mail: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Weiterer Arzt

Vorname, Name: _____
Telefon-Nr.: _____
E-Mail: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Spezialist für: _____

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?

[Dropdown-List](#)_____
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:

Dropdown-List

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. | ✓ Unfallmeldung und Unfallschein |
| ✓ Arztzeugnisse, welche die angegebenen Absenzen belegen | ✓ Kopie einer allfällig bereits erfolgten IV-Anmeldung |
| ✓ Absenzenkontrolle der letzten 12 Monate | ✓ 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)

Seite 7/7

F220 Version 2020.07

BVK | Obstgartenstrasse 21 | Postfach | 8090 Zürich | www.bvk.ch