|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pensionskasse Stadt Zürich** |  |  |
| Geschäftsbereich Vorsorge |  |  |
| Morgartenstrasse 30 | Postfach | 8036 Zürich |  |  |
| Tel. 044 412 55 55 | pkzh.gutachten@zuerich.ch | www.pkzh.ch |  |  |

**Vertrauensärztliche Begutachtung für
Mitarbeitende der Stadt Zürich**

Anmeldung Begutachtung

Sind Versicherte gesundheitsbedingt voraussichtlich dauernd oder seit 1 Monat teilweise oder ganz **arbeitsunfähig**, so hat der Arbeitgeberder Pensionskasse (PKZH)eine Anmeldung zur vertrauens­ärztlichen Abklärung zuzustellen (siehe Art. 47 VSR PKZH und Art. 182 AB PR).

**Die PKZH erteilt einem Vertrauensarzt den Auftrag zur Begutachtung und übernimmt auch die Kosten dafür**.

Arbeitgeber / Dienstabteilung

Personalverantwortlicher

Name      Tel.-Nr.

erreichbar von/bis       E-Mail

Direkter Vorgesetzter der zu begutachtenden Person

Name       Tel.-Nr.

erreichbar von/bis       E-Mail

Bemerkungen

Wurde die Vollmacht für eine Case Management-Begleitung bereits unterzeichnet?

 [ ]  ja [ ]  nein

Falls ja, Name des/der

Case Manager/in       Tel.-Nr.

erreichbar von/bis       E-Mail

Bemerkungen
Angaben über die zu begutachtende Person:

FR040

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nachname |  | Geburtsdatum |       |
| Vorname |  | SV-Nummer |       |
| Beschäftigungsgrad | % |  |  |
| Telefon privat | **0  /** | Natel | **0  /** |
| Privatadresse |       | E-Mail |      @      |
| Eintritt in Unternehmen |  | Tätigkeit / Stellung |  |
| Unbefristetes Arbeitsverhältnis | **[ ]**  ja **[ ]**  nein | befristet bis |  |
| Beginn und Grad der Arbeitsunfähigkeit |  | % |
| Lohnfortzahlung (LFZ) nach PR Stadt Zürich | [ ]  ja [ ]  nein (nach OR gem. Arbeitsvertrag) |
| Maximale Dauer der LFZ gemäss Anstellungsdauer/Dienstjahren |
| **[ ]**  180 Tage | **[ ]**  360 Tage | **[ ]**  730 Tage | **[ ]**  Dauer (Tage)  |
| Bereits bezogenen LFZ | Tage | gezähltbis Stichtag |  |
| Grund der Arbeitsunfähigkeit |
| **[ ]**  Unfall\* | **[ ]**  Krankheit | **[ ]**  Operation | **[ ]**  Schwangerschaft |
| \*Zuständiger Unfallversicherer |
| **[ ]**  UVZ | **[ ]**  SUVA oder |  | Unfall-Nr.       |

Name und Adresse der behandelnden Ärzte:

**Bitte Arztzeugnisse beilegen**

Wie stellt sich das gesundheitliche Problem dar?

(Grund der Absenzen / Art des Leidens / Krankheit / Leistungsbeurteilung wie Qualität, Quantität, Zuver­lässigkeit, Problem im Team, Verhalten usw.)

Bitte Absenzenblatt für die vergangenen 24 Monate beilegen, falls die versicherte Person schon vor Eintritt der aktuellen Arbeitsunfähigkeit gesundheitsbedingte Absenzen hatte.

Bemerkungen

Erfolgte bereits eine Meldung bei der eidg. Invalidenversicherung

für die Früherkennung / Frühintervention? **[ ]**  ja **[ ]**  nein

Bemerkungen

Falls bestimmte Termine seitens der versicherten Person für eine vertrauensärztliche Begutachtung in den nächsten 2 - 5 Wochen nicht möglich sind (z.B. Klinikaufenthalt, med. Abklärungen usw.), bitte um einen entsprechenden Vermerk. Unpassende Termine, Ferien, Klinikaufenthalt:

Datum       Stempel/Unterschrift des Arbeitgebers

Beilagen

**[ ]** Ermächtigung für VA

**[ ]** Arztzeugnisse

[ ]  Absenzenliste

[ ]  Stellenbeschreibung

[ ]

Bitte alle nötigen Unterlagen (Anmeldeformular, Arztzeugnisse, Absenzenliste, Stellenbeschrieb etc.) in einem PDF-Dokument zusammenfassen. Die Ermächtigung bitte als separates PDF-Dokument speichern.

Ermächtigung zur Einholung medizinischer Auskünfte und Entbindung von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht

**Der / die Unterzeichnete ist bei der Pensionskasse Stadt Zürich (PKZH) versichert.**

Nachname       Vorname
Geburtsdatum
Adresse

**Die Vertrauensärztin / der Vertrauensarzt**

ist mit der Durchführung einer vertrauensärztlichen Begutachtung zur Abklärung einer gesundheitsbedingten ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit beauftragt.

Die versicherte Person ermächtigt hiermit diese Ärztin / diesen Arzt, bei anderen Ärzten, Therapeuten, Spitälern und Unfallversicherungen, bei denen die versicherte Person heute oder früher in Behandlung steht oder stand bzw. wo bereits Abklärungen getroffen wurden, die für die Erfüllung des genannten Abklärungsauftrags erforderlichen Auskünfte einzuholen und diesbezüglich Akten anzufordern.

Die versicherte Person beauftragt diese Ärzte, Therapeuten, Spitäler und Unfallversicherer, die gewünschten Auskünfte zu erteilen sowie Akten herauszugeben und entbindet sie hierfür von der Pflicht zur ärztlichen Geheimhaltung.

Ort / Datum Unterschrift versicherte Person

**Es ist nicht erlaubt, diese Ermächtigung abzuändern oder zu ergänzen.**

**Bitte die Ermächtigung von der versicherten Person unterschreiben lassen und zusammen mit der Anmeldung inkl. Beilagen per E-Mail (pkzh.gutachten@zuerich.ch) an die Pensionskasse Stadt Zürich senden.**

Unser Merkblatt „Anmeldung zur vertrauensärztlichen Begutachtung“ auf [www.pkzh.ch](http://www.pkzh.ch) beantwortet Fragen rund um die vertrauensärztliche Begutachtung.

Bitte Rückseite beachten

**Auszug aus dem Vorsorgereglement der PKZH (VSR) bzw. aus den Ausführungsbestimmungen des Personalrechts der Stadt Zürich (AB PR)**

**Art. 47 VSR Vertrauensärztliche Begutachtung**

1 Sind Versicherte voraussichtlich dauernd oder seit 1 Monat gesundheitsbedingt ganz oder teilweise arbeitsunfähig, so meldet der Arbeitgeber dies der Pensionskasse.

2 Bei Weiterbeschäftigung nach abgelaufener Lohnfortzahlung hat sofort eine Meldung zu erfolgen, falls die Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich länger als 1 Monat dauert oder in Zweifelsfällen.

3 Die Pensionskasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung. Sie kann darauf verzichten, wenn der Unfallversicherer schon Begutachtungsaufträge erteilt hat oder die Versicherten ihre Arbeit in Kürze wieder aufnehmen können.

**Art. 49 VSR Mitteilung ärztlicher Berichte**

1 Die beauftragten Ärztinnen bzw. Ärzte stellen ihren Bericht, bestehend aus einem Teil A und einem Teil B, der Pensionskasse zu.

2 Teil A informiert die Pensionskasse über die durchgeführte Begutachtung.

3 Teil B, welcher die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und der Erwerbsinvalidität sowie allfällige empfohlene Massnahmen am Arbeitsplatz beinhaltet, wird den Versicherten sowie den Arbeitgebern von Aktiv Versicherten zugestellt.

4 Die Vertrauensärztinnen bzw. –ärzte orientieren die Versicherten oder deren behandelnde Ärtzinnen bzw. Ärzte über ihre Feststellungen und medizinischen Empfehlungen. Sie teilen der Pensionskasse allfällige medizinische Anordnungen mit, die den Versicherten im Hinblick auf die Erhaltung oder Verbesserung ihrer Arbeitsfähigkeit auferlegt werden sollen.

5 Die Versicherten können sich für zusätzliche mündliche oder telefonische Erläuterungen an die Vertrauensärztinnen bzw. –ärzte wenden.

**Art. 46 VSR Auskunftspflichten der Versicherten und Arbeitgeber**

1 Die Versicherten haben sich den angeordneten Untersuchungen zu unterziehen. Sie und der Arbeitgeber haben die für die Beurteilung nötigen Unterlagen zur Verfügung zu stellen und Auskünfte zu erteilen.

2 Die Versicherten sind verpflichtet, der Pensionskasse und deren Vertrauensärztinnen bzw. –ärzten über alle für das Vorsorgeverhältnis erheblichen Tatsachen wahrheitsgetreu und vollständig Auskunft zu erteilen, alle erforderlichen Bescheinigungen zu beschaffen und das Arztgeheimnis Dritter gegenüber den Vertrauensärztinnen bzw. –ärzten aufzuheben.

3 Bei Verletzung der Pflichten gemäss Abs. 1-2 können Kassenleistungen verweigert oder Kosten infolge zusätzlich notwendiger Abklärungen den Fehlbaren auferlegt werden.

**Art. 81 AB PR Kürzung oder Einstellung der Lohnfortzahlung**

1 Die Lohnfortzahlung kann eingestellt oder gekürzt werden, wenn die oder der Angestellte ärztliche Zeugnisse im Sinne von Art. 78 nicht einreicht oder die Durchführung einer vertrauensärztlichen Untersuchung verweigert oder verzögert.