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

**Vertrauensärztliche Begutachtung für   
Mitarbeitende von Angeschlossenen Unternehmen**

Anmeldung Verlaufskontrolle

Eine **Verlaufskontrolle ist angezeigt**, wenn nach der Erstbegutachtung die Arbeit nicht planmässig wieder aufgenommen werden konnte, die Genesung nicht erwartungsgemäss verläuft, der Vertrauensarzt dies empfohlen hat oder die LFZ endet in einigen Wochen und die eidg. IV hat noch keinen Entscheid gefällt usw.

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

Name des Angeschlossenen Unternehmens (AU)

**Anschluss-Nr.**

Personalverantwortlicher   
oder   
Personaladministration

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:

FR110

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nachname |  | Geburtsdatum | |  |
| Vorname |  | SV-Nr. | |  |
| 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  nein, nach GAV | | |
| Maximale Dauer der LFZ gemäss Anstellungsdauer/Dienstjahren | | | | |
| 180 Tage | 360 Tage | 730 Tage | | Dauer (Tage) |
| Bereits bezogenen LFZ | Tage | gezähltbis Stichtag | |  |
| Besteht eine Taggeldversicherung? | | ja  nein | | |
| Name und Adresse des Taggeldversicherers | | | | |
| Zuständige/r Sachbearbeiter/in Tel.-Nr. **0     /** | | | | |
| **Bereits erfolgte vertrauensärztliche Begutachtung durch** | | | | |
| Dr. | | | vom | |
| Dr. | | | vom | |

**Grund für die Verlaufskontrolle?**

Z.B. Empfehlung des Vertrauensarztes, Genesung verläuft nicht planmässig, Rückfall, auf Wunsch des Vorgesetzten usw. **Bitte detaillierte Beschreibung der aktuellen Situation**

**Bitte Arztzeugnisse beilegen**

**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

Arztzeugnisse