# Antrag zur Prüfung eines Case Managements

## Persönliche Angaben

Name: Name Vorname: Vorname

Strasse, Nummer: Strasse Nummer Geb. Datum: Datum

PLZ, Ort: PLZ Ort Tel. privat: Tel. Privat

Email: Email Mobile: Mobile

## Anstellung

Schulgemeinde: Schulgemeinde

Schulstufe:  Kindergartenstufe  Primarstufe  Sekundarstufe

Funktion:  Lehrperson  Schulleiter/in  Vikar/in

Beschäftigungsgrad: %%

## Absenz

Absenz seit: Datum

Grund:  Krank  Nichtberufsunfall  Berufsunfall  Leistungseinbusse

Arztzeugnis mit Prognose eingeholt?  Ja Nein

Gespräch mit Lehrperson geführt und über CM informiert?\*  Ja  Nein

CM von anderer Seite eingerichtet (Krankenkasse, Gemeinde)?  Ja  Nein

Coaching (PHZH, o. ä.) involviert?  Ja  Nein

Grundsätzliches Einverständnis der Lehrperson zum CM?\*  Ja  Nein

Besteht seitens Gemeinde eine Taggeldversicherung?\*\*  Ja  Nein

\*Wenn nein: Gründe

\*\*Wenn ja: Name der Taggeldversicherung

## Beilagen

Arztzeugnisse  Stundenplan  Kopie MAB (nur bei Leistungseinbusse)

weitere Unterlagen: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

## Kurzbeschreibung Situation

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

### Kontaktperson

Antragstellende Vorgesetzte / antragsstellender Vorgesetzter (Kontaktperson):

Name: Name Vorname: Vorname

Funktion: Funktion Tel. Nummer: Tel. Nummer

Email: Email Mobile: Mobile

**Datum, Unterschrift (vorgesetzte Stelle)**

Ort, Datum: Ort, Datum Unterschrift: