# 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: