

Anlage 5

(zu Nummer 7.1)

Familienname:	gegebenenfalls Geburtsname:	Vorname:	geboren am:
Anschrift (Straße/Hausnummer/PLZ/Ort):			

AMTSÄRZTLICHES ZEUGNIS (Einstellung von Beschäftigten)

zwecks _____

veranlasst von _____ mit Schreiben vom _____ Az.: _____

- Nach Vorgeschichte und Ergebnis der am _____ vorgenommenen Untersuchung
- auf Grund zusätzlicher von _____ erhobener Befunde
- genügt der/die Genannte den besonderen gesundheitlichen Anforderungen der vorgesehenen Tätigkeit.
- genügt der/die Genannte den besonderen gesundheitlichen Anforderungen der vorgesehenen Tätigkeit nicht.

Gegebenenfalls, zum Beispiel bei Lehrern, besondere Anforderungen bezeichnen und bestätigen, dass sie erfüllt werden:

Gegebenenfalls:

- Herr/Frau _____ ist schwerbehindert. Er/Sie
- genügt den gesundheitlichen Anforderungen der angestrebten Tätigkeit im erforderlichen Mindestmaß.

Gegen die Einstellung als _____ bestehen daher aus ärztlicher Sicht

- keine Bedenken
- Bedenken.

Begründung, falls Bedenken bestehen:

- Ein abschließendes Urteil ist erst möglich, wenn das Ergebnis zusätzlicher Untersuchungen/ein zusätzliches Gutachten eines Arztes/einer Ärztin für _____ vorliegt.
- Eine Nachuntersuchung soll in _____ Wochen/Monaten erfolgen.

Gesundheitsamt

Ort/Datum

Unterschrift des Arztes/der Ärztin