

Absender:
(Beamter oder Richter)

Abschlussklärung zum Dienstunfall

(zweifach zu übersenden)

- An den Polizeiärztlichen Dienst
- An den Amtsarzt

Name, Vorname	geb. am
---------------	---------

Dienststelle	Dienstbereich
--------------	---------------

Dienstunfall am	anerkannt am	durch	Az.:
-----------------	--------------	-------	------

1. Dienstunfallbedingte Beschwerden
 bestehen nicht mehr
 bestehen noch wie folgt:

2. Die dienstunfallbedingte Heilbehandlung
 ist abgeschlossen: sie dauerte vom bis

 dauert noch an, voraussichtlich bis

3. Bemerkungen oder sonstige Hinweise an den Amts-/Polizeiärztlichen Dienst:

Durch die Abgabe dieser Erklärung ist die Geltendmachung weiterer Unfallfürsorgeansprüche nicht ausgeschlossen.

.....

Ort, Datum	Unterschrift des Beamten oder Richters
------------	--

Stellungnahme des Polizei-/Amtesarztes: ¹⁾

Minderung der Erwerbsfähigkeit zu erwarten	ja/nein
Begutachtung erforderlich	ja/nein
Beamten mit Schreiben vom	informiert.
Beamten für den	zur Begutachtung bestellt.

.....

Ort, Datum	Bezeichnung der Dienststelle und Unterschrift des Polizei- bzw. Amtesarztes
------------	--

¹⁾ „Vertrauliche Arztsache!“ Das Gutachten/die Stellungnahme ist in einem verschlossenen Umschlag in der Dienstunfallakte aufzubewahren!