

**Anlage 1**

(zu Nummer 7.1)

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

**ANGABEN ZUR VORGESCHICHTE**

Ihre vollständigen und richtigen Angaben zur Vorgeschichte sind die wesentliche Grundlage für das ärztliche Gutachten oder Zeugnis. Füllen Sie deshalb bitte den Bogen so vollständig wie möglich aus! Der Bogen mit Ihren Angaben bleibt beim ärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes, die das Gutachten oder Zeugnis veranlassende Stelle erhält lediglich eine zusammenfassende gutachterliche Bewertung in Form eines amtsärztlichen Gutachtens oder Zeugnisses. Einzelheiten erfährt die Stelle nur mit Ihrem Einverständnis, es sei denn, ihre Kenntnis ist im Falle eines Gutachtens oder Zeugnisses im Rahmen der Feststellung von Dienstunfähigkeit unabdingbar.

1) Sind Sie schon früher in einem Gesundheitsamt untersucht worden?

nein  ja wann? \_\_\_\_\_ wo? \_\_\_\_\_

weshalb? \_\_\_\_\_

2) Hat Sie schon einmal eine andere Stelle auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht (zum Beispiel Musterung)?

nein  ja wann? \_\_\_\_\_ wo? \_\_\_\_\_

weshalb? \_\_\_\_\_

Ereignis \_\_\_\_\_

3) Hat es in Ihrer engeren Familie (Eltern, Geschwister, Kinder) ernste Krankheiten gegeben oder gibt es solche?

ja, und zwar

hoher Blutdruck  Herzkrankheit  Zuckerkrankheit  Gicht  chronischer Rheumatismus

Allergie  Krebs  Suchtkrankheit  psychiatrische Krankheit, auch Selbsttötung/-versuch

andere \_\_\_\_\_

nein

4) Leben Ihre

Eltern?  ja  nein \_\_\_\_\_

Geschwister?  ja  nein \_\_\_\_\_

Kinder?  ja  nein \_\_\_\_\_

5) Eigene Vorgeschichte

Folgende Krankheiten/Krankheiten folgender Organe/Behinderungen lagen vor/liegen noch vor:

- |                                              |                                                                     |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Röteln (bei Frauen) | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit                            |
| <input type="checkbox"/> Haut                | <input type="checkbox"/> Nieren                                     |
| <input type="checkbox"/> Allergie            | <input type="checkbox"/> Harnblase                                  |
| <input type="checkbox"/> Herz                | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheit                       |
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck     | <input type="checkbox"/> Krampfadern, Thrombose, Embolie            |
| <input type="checkbox"/> Atemwege            | <input type="checkbox"/> Rheumatismus                               |
| <input type="checkbox"/> Asthma              | <input type="checkbox"/> Gicht                                      |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose         | <input type="checkbox"/> Knochen, Gelenke, Wirbelsäule              |
| <input type="checkbox"/> Mandelentzündung    | <input type="checkbox"/> Gehirnerschütterung                        |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse         | <input type="checkbox"/> psychische Krankheit                       |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm          | <input type="checkbox"/> körperliche/geistige/seelische Behinderung |
| <input type="checkbox"/> Leber               | <input type="checkbox"/> Unfälle _____                              |
| <input type="checkbox"/> Gallenblase         | <input type="checkbox"/> Operationen _____                          |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht           | <input type="checkbox"/> andere Krankheit(en)/Behinderung(en) _____ |

Wann?	Krankheit	Dauer	Behandelnder Arzt/Krankenhaus oder Sanatorium/Kurarzt
Beispiel: Sommer 69 Winter 70	Scharlach Unterarmbruch rechts	4 Wochen 3 Wochen	Dr. Barth/Flöha Kreiskrankenhaus Oschatz

Welche Folgen von Krankheiten oder Verletzungen sind zurückgeblieben?

---

Bei Frauen: Geburten (Angabe des Jahres)

---

6) Jetzige Beschwerden

- |                                                        |                                                                               |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen                 | <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden                                      |
| <input type="checkbox"/> Schwindel                     | <input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen                             |
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen                  | <input type="checkbox"/> Verdauungs-/Stuhlgangsbeschwerden                    |
| <input type="checkbox"/> Augenbeschwerden              | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit                                     |
| <input type="checkbox"/> Hörstörung                    | <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme                                      |
| <input type="checkbox"/> Hals-/Nasen-/Ohrenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Beschwerden beim Wasserlassen                        |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen               | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen                                      |
| <input type="checkbox"/> Anfälle                       | <input type="checkbox"/> rheumatische Beschwerden                             |
| <input type="checkbox"/> Zittern                       | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen                                      |
| <input type="checkbox"/> Husten                        | <input type="checkbox"/> andere Schmerzen                                     |
| <input type="checkbox"/> Atemnot                       | <input type="checkbox"/> psychische Beschwerden, Stimmungs-/Antriebsstörungen |
| <input type="checkbox"/> andere – _____                |                                                                               |
| _____                                                  |                                                                               |
| _____                                                  |                                                                               |
| <input type="checkbox"/> keine                         |                                                                               |

7) Haben Sie eine Rente beantragt?

- nein  ja Grund: \_\_\_\_\_

8) Sind Sie schwerbehindert?

- nein  ja Grund: \_\_\_\_\_ GdB: \_\_\_\_\_ %

9) Wurden früher Röntgenuntersuchungen durchgeführt?

- nein  ja (Nach Möglichkeit bitte Bilder und Befunde zum Untersuchungstermin mitbringen.)

10) Sind Sie zurzeit in Behandlung?

- nein  ja Grund: \_\_\_\_\_

11) Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

- nein  ja welche? \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

12) Namen der behandelnden Ärzte/Therapeuten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13) Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig?

nein  ja Grund: \_\_\_\_\_

14) Treiben Sie Sport?

nein  ja welchen \_\_\_\_\_

15) Tragen Sie eine Sehhilfe?

nein  ja  Brille  Haftschalen Glasstärke: re: \_\_\_\_\_ li: \_\_\_\_\_

16) Rauchen Sie?

nein  ja, seit dem Jahr \_\_\_\_\_ tägliche Menge \_\_\_\_\_

17) Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke (einschließlich Bier) zu sich?

nein  ja, seit dem Jahr \_\_\_\_\_ tägliche Menge \_\_\_\_\_

18) Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten regelmäßig Medikamente genommen?

nein  ja, seit dem Jahr \_\_\_\_\_ welche? \_\_\_\_\_

19) Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten gelegentlich oder regelmäßig illegale Drogen zu sich genommen?

nein  ja, seit dem Jahr \_\_\_\_\_ welche? \_\_\_\_\_

**Erklärung:**

1. Ich habe dem begutachtenden Arzt zu meinem Gesundheitszustand vollständige Angaben gemacht.
2. Das Gesundheitsamt überlässt der das Gutachten/Zeugnis veranlassenden Stelle grundsätzlich nur das Gutachten/Zeugnis; es enthält in der Regel nur das zusammenfassende Ergebnis der Begutachtung zu den gestellten Fragen.
3. Bei begründetem Zweifel an Vollständigkeit, Aussagefähigkeit oder Ergebnis des Gutachtens/Zeugnisses ist die veranlassende Stelle berechtigt und das Gesundheitsamt verpflichtet, die für das Gutachten/Zeugnis maßgeblichen Einzeldaten zu übermitteln. Das gilt auch, wenn diese für ein Gerichtsverfahren benötigt werden.
4. Bei einer Untersuchung, der ich mich freiwillig unterziehe, gilt Nummer 3 nur, wenn mich der begutachtende Arzt, bevor er Einzeldaten übermittelt, über Inhalt und Umfang des Gutachtens/Zeugnisses aufgeklärt hat und ich mich schriftlich mit der Übermittlung einverstanden erklärt habe.
5. Ich weiß, dass ich die bei meiner Untersuchung gemachten Aufzeichnungen (außer persönliche Notizen des Arztes) einsehen kann.
6. Soweit es für die Begutachtung notwendig ist, Unterlagen von Ärzten oder Krankenhäusern beizuziehen, die mich untersucht oder behandelt haben, werde ich sie auf besonderen Formularen von der Schweigepflicht entbinden; dabei werden der betreffende Arzt oder das betreffende Krankenhaus, der Untersuchungszweck und die benötigten Unterlagen im Einzelnen bezeichnet werden.
7. Ich weiß, dass es grundsätzlich meiner Einwilligung bedarf, wenn der begutachtende Arzt der veranlassenden Stelle mitteilt, es sei eine zusätzliche (fach) ärztliche Untersuchung erforderlich.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

**Anlage 2**  
(zu Nummer 7.9)

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

**ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT**

Das Gesundheitsamt ist beauftragt, mich zu folgendem Zweck zu untersuchen und zu begutachten:

---

Das Gesundheitsamt bedarf dazu folgender ärztlicher Auskünfte und/oder Unterlagen:

---

---

---

---

Ich entbinde Herrn/Frau \_\_\_\_\_  
hinsichtlich dieser Auskünfte und/oder Unterlagen von der ärztlichen Schweigepflicht.

---

Ort/Datum

---

Unterschrift

**Anlage 3**

(zu Nummer 7.1)

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

**UNTERSUCHUNGSBEFUND**

Größe (ohne Schuhe) in cm \_\_\_\_\_ Gewicht (leicht bekleidet) in kg \_\_\_\_\_

Brustumfang in cm \_\_\_\_\_ Urin Z: \_\_\_\_\_ E: \_\_\_\_\_ Ubg: \_\_\_\_\_ Sed: \_\_\_\_\_

Körperbau  schlank  muskulös  adipös  \_\_\_\_\_

zu 3:

Fernvisus  
ohne/mit Glas

re.: \_\_\_\_\_ / li.: \_\_\_\_\_

Nahvisus  
ohne/mit Glas, Nieden Nr.

re.: \_\_\_\_\_ / li.: \_\_\_\_\_

Farbensinn

 tüchtig  gestört

zu 4:

Hörvermögen: Umgangssprache re.: \_\_\_\_\_ m / li.: \_\_\_\_\_ m

Flüstersprache re.: \_\_\_\_\_ m / li.: \_\_\_\_\_ m

zu 9:

Puls: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / min Blutdruck RR: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

falls Belastung erforderlich:  deren Art \_\_\_\_\_

Ohne Besonderheiten (o. B.)

Von der Norm abweichende Befunde (mit Bezugsnummer)

- |                                                                            |                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 1. Gesamteindruck                                                          | <input type="checkbox"/>                                      |
| 2. Ernährungszustand                                                       | <input type="checkbox"/>                                      |
| 3. Augen/Sehvermögen                                                       | <input type="checkbox"/>                                      |
| 4. Ohren/Hörorgan                                                          | <input type="checkbox"/>                                      |
| 5. Sprache                                                                 | <input type="checkbox"/>                                      |
| 6. Haut und sichtbare Schleimhäute, Lymphknoten                            | <input type="checkbox"/>                                      |
| 7. Hals, Mundhöhle (mit NAP und Schilddrüse)                               | <input type="checkbox"/>                                      |
| 8. Gebiss                                                                  |                                                               |
| saniert                                                                    | <input type="checkbox"/>                                      |
| unsaniert                                                                  | <input type="checkbox"/>                                      |
| 9. Herz, übrige Kreislauforgane, periphere Durchblutung                    | <input type="checkbox"/>                                      |
| 10. Atmungsorgane                                                          | <input type="checkbox"/>                                      |
| 11. Bauchorgane                                                            | <input type="checkbox"/>                                      |
| 12. Harn- und Geschlechtsorgane einschließlich Nierenlager                 | <input type="checkbox"/>                                      |
| 13. Gang (statomotorische Funktionen)                                      | <input type="checkbox"/>                                      |
| 14. Bewegungsapparat (Zustand und Funktion von Gliedmaßen und Wirbelsäule) | <input type="checkbox"/>                                      |
| 15. Neurologischer Befund                                                  | <input type="checkbox"/>                                      |
| 16. Psychischer Befund                                                     | <input type="checkbox"/>                                      |
| 17. Röntgenbefund (Thorax)                                                 | <input type="checkbox"/>                                      |
| 18. Tuberkulintest (soweit erforderlich)                                   | <input type="checkbox"/>                                      |
| 19. Ergänzende Befunde (mit Untersuchungsdatum und -stelle)                |                                                               |
| 20. Bei Frauen, die einem erhöhten Rötelninfektionsrisiko ausgesetzt sind: |                                                               |
| Eine Untersuchung auf Rötelnantikörper                                     | <input type="checkbox"/> wurde durchgeführt                   |
|                                                                            | <input type="checkbox"/> wurde nicht durchgeführt, weil _____ |

ggf. Röteltiter: \_\_\_\_\_

Diagnose(n):

- Kein von der Norm abweichender Befund

Gesundheitsamt

Ort/Datum

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

**Anlage 4**  
(zu Nummer 7.1)

**AMTSÄRZTLICHES ZEUGNIS (Übernahme in das Beamtenverhältnis)**

Veranlasst von \_\_\_\_\_ mit Schreiben vom \_\_\_\_\_ Az.: \_\_\_\_\_

- Nach Vorgeschichte und Ergebnis der am \_\_\_\_\_ vorgenommenen Untersuchung  
 auf Grund zusätzlicher von \_\_\_\_\_ erhobener Befunde  
 nach einem von \_\_\_\_\_ erstellten Zusatzgutachten

ist der/die Genannte für die vorgesehene Verwendung als \_\_\_\_\_

gesundheitlich  geeignet  nicht geeignet

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Der Eintritt vorzeitiger Dienstunfähigkeit oder ein über Jahre hinweg regelmäßiges krankheitsbedingtes Ausfallen und deshalb eine erheblich geringere Lebensdienstzeit sind

- nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erwarten  
 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erwarten.

Gegebenenfalls:

- Herr/Frau \_\_\_\_\_ ist schwerbehindert.

Der Eintritt dauernder Dienstunfähigkeit oder ein über Jahre hinweg regelmäßiges krankheitsbedingtes Ausfallen vor Ablauf von fünf Jahren sind

- nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erwarten  
 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erwarten.

Gegen die Übernahme in das Beamtenverhältnis auf

- Widerruf  Probe  Lebenszeit

bestehen aus ärztlicher Sicht

- A, keine Bedenken  B, Bedenken

Begründung bei zweifelhaft erscheinender oder fehlender Eignung, zu erwartender vorzeitiger Dienstunfähigkeit und/oder Bedenken gegen die Übernahme in das Beamtenverhältnis:

siehe Rückseite oder 2. Blatt!

- 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



**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

**Anlage 6**  
(zu Nummer 7.1)

**Amtsärztliches Gutachten im Rahmen der Feststellung oder des Ausschlusses von Dienstunfähigkeit**

**I Gutachtensauftrag (von der veranlassenden Dienststelle auszufüllen)**

**1 Angaben zur Person des/der Beamten/in**

1.1 Name, Vorname \_\_\_\_\_

1.2 geboren am \_\_\_\_\_

1.3 Dienststelle \_\_\_\_\_

1.4 Amtsbezeichnung/Besoldungsgruppe \_\_\_\_\_

**2 Sachverhaltsschilderung durch den Dienstvorgesetzten**

**2.1 Ausgeübte Funktion**

(Konkrete und umfassende Beschreibung des Anforderungsprofils des Amtes im abstrakt-funktionellen Sinn; ausführliche Tätigkeitsbeschreibung; physische und psychische Anforderungen und Belastungen; gegebenenfalls auf Beiblatt erläutern)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2.2a Bisheriger Krankheitsverlauf unter Berücksichtigung der Fehlzeitenentwicklung (Anzahl und Verteilung)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2.2b Der/Die Beamte/in**

- ist krankgeschrieben seit \_\_\_\_\_
- war in den letzten sechs Monaten mehr als drei Monate aktuell dienstunfähig
- ist nicht krankgeschrieben.

**2.3 Gesundheitsbezogene Leistungseinschränkungen**

(Beschreibung der Auswirkungen der Erkrankung auf die Fähigkeit zur Erfüllung der Dienstpflichten)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.4 Durchgeführte Präventionsmaßnahmen

(Darstellung der im Vorfeld vorgenommenen Präventionsmaßnahmen zur Erhaltung der Dienstfähigkeit und Begründung, warum diese aus Sicht des Dienstvorgesetzten nicht erfolgreich waren)

---

---

---

2.5 Denkbare/mögliche andere Verwendung(en)

(Besonderheiten des Anforderungsprofils; gegebenenfalls auf Beiblatt erläutern)

---

---

---

2.6 Sonstige der Dienststelle bekannte Umstände, die für die Abfassung des Gutachtens erforderlich erscheinen

---

---

---

2.7 Anlass für den Gutachtensauftrag

- Antrag des/der Beamten/in, ihn/sie in den Ruhestand zu versetzen
- Verfahren zur Ruhestandsversetzung auf Veranlassung des Dienstherrn

2.8 Eine anerkannte Schwerbehinderung/Gleichstellung liegt

- vor GdB \_\_\_\_\_ vom Hundert seit \_\_\_\_\_
- nicht vor.

Nachteilsausgleiche sind

- anerkannt (welche?) \_\_\_\_\_
- nicht anerkannt.

(Behördenstempel)

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Dienstvorgesetzten

**II Amtsärztliches Gutachten (vom Gesundheitsamt auszufüllen)**

1.1 Der/Die Beamte/in wurde am \_\_\_\_ amtsärztlich untersucht.

1.2 Ergebnisse von Untersuchungen/gutachtliche Aussagen wurden

herangezogen (Angabe des Arztes, der Fachrichtung und des Datums)

---

---

---

nicht herangezogen.

Weitere Untersuchungen hält das Gesundheitsamt

für erforderlich (welcher Fachrichtung)

---

für nicht erforderlich.

---

1.3 Funktions- und/oder Leistungseinschränkungen

(die sich aus der Erkrankung beziehungsweise den gesundheitlichen Mängeln und dem Gesamtbefund ergeben, soweit sie die unter Nummer 1.4 aufgeführten Auswirkungen auf die ausgeübte Diensttätigkeit, auf die Dienstfähigkeit sowie auf die unter Teil I Gutachtauftrag, Nummer 2.5 genannten denkbaren/möglichen anderen Verwendungen betreffen und erforderlich sind, um eine begründete Personalentscheidung herbeizuführen)

---

---

---

---

---

---

1.4 Auswirkungen der Funktions- und/oder Leistungseinschränkungen

(auf die ausgeübte Diensttätigkeit, auf die Dienstfähigkeit sowie auf die unter Teil I Gutachtauftrag, Nummer 2.5 genannten denkbaren/möglichen anderen Verwendungen )

---

---

---

---

---

1.5 Der/Die Beamte/in erscheint wegen seines/ihrer körperlichen Zustandes oder aus gesundheitlichen Gründen

dauernd                       nicht dauernd

unfähig, die Dienstpflichten eines/r \_\_\_\_\_ (Amts-/Dienstbezeichnung)  
bei seiner/ihrer Verwaltung zu erfüllen.

1.6 Es besteht

Aussicht                       keine Aussicht,

dass der/die Beamte/in innerhalb weiterer sechs Monate wieder voll dienstfähig wird.

1.7 Geeignet, die Dienstfähigkeit zu erhalten, wiederherzustellen oder zu bessern, ist/kann sein

- ambulante ärztliche Behandlung
- stationäre ärztliche Behandlung
- Rehabilitationsmaßnahme
- psychotherapeutische Behandlung
- folgende Maßnahme: \_\_\_\_\_
- keine Maßnahme, weil \_\_\_\_\_

1.8 Es erscheint

- zweckmäßig,       nicht zweckmäßig,

noch nicht gewährte Vergünstigungen nach dem Schwerbehindertenrecht zu beantragen.

1.9 Der/Die Beamte/in ist gesundheitlich für eine andere Verwendung

- geeignet       nicht geeignet.

1.10 Der/Die Beamte/in ist gesundheitlich

- geeignet,       nicht geeignet,

unter Beibehaltung seines/ihrer Amtes seine/ihre Dienstpflichten noch während mindestens der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit zu erfüllen (begrenzte Dienstfähigkeit).

Falls geeignet:

Die begrenzte Dienstfähigkeit besteht im Umfang von \_\_\_\_\_ Prozent der regelmäßigen Arbeitszeit.

1.11 Wird der/die Beamte/in in den Ruhestand versetzt, ist eine Nachuntersuchung

- in \_\_\_\_\_ Jahren angezeigt.

- nicht angezeigt, weil \_\_\_\_\_

Gesundheitsamt

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes/der Ärztin

**Anlage 7**  
(zu Nummer 7.1)

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

**AMTSÄRZTLICHES ZEUGNIS (andere Zwecke als Einstellung und Feststellung von Dienstfähigkeit)**

Zwecks \_\_\_\_\_

Veranlasst von \_\_\_\_\_ mit Schreiben vom \_\_\_\_\_ Az.: \_\_\_\_\_

- Vorgeschichte und Ergebnis der am \_\_\_\_\_ vorgenommenen Untersuchung
- zusätzlich von \_\_\_\_\_ erhobene Befunde
- ein von \_\_\_\_\_ erstelltes Zusatzgutachten

führen zu folgender ärztlicher Beurteilung:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Gesundheitsamt

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes/der Ärztin