

Polizeiamtsärztliches Gutachten

über

Amtsbezeichnung

Name, Vorname

geb. am **DD.MM.JJJJ**

Personalnummer: **12345678910**

Angehörige/r des **Name der Polizeibehörde**

Datum des Begutachtungsauftrages:

Gutachtenkennziffer:

I. Grundlagen der Beurteilung

Begutachtungstermin(e) durch Unterzeichner/in am:

Ggf. Zusatzgutachten durch:

Name/Adresse	Fachrichtung	Datum
--------------	--------------	-------

1.

2.

Auflistung weiterer berücksichtigter Unterlagen:

1.

2.

3.

4.

5.

II. Gesamtergebnis der Begutachtung

- Die/der PVB genügt den besonderen gesundheitlichen Anforderungen für den Polizeivollzugsdienst.
- Die/der PVB genügt zwar derzeit nicht den besonderen gesundheitlichen Anforderungen für den Polizeivollzugsdienst. Es ist aber zu erwarten, dass sie/er die volle Verwendungsfähigkeit voraussichtlich in _____ Monaten wiedererlangt.
- Die/der PVB genügt nicht den besonderen gesundheitlichen Anforderungen für den Polizeivollzugsdienst. Es ist auch nicht zu erwarten, dass sie/er innerhalb von zwei Jahren die volle Verwendungsfähigkeit wiedererlangt.
- Die/der PVB ist nicht mehr in der Lage, wegen ihres/seines körperlichen Zustandes oder aus gesundheitlichen Gründen ihre/seine Dienstpflichten zu erfüllen. Es ist nicht zu erwarten, dass sie/er innerhalb von sechs Monaten ihre/seine Dienstfähigkeit wiedererlangt.

III. Bestehendes Leistungsbild

POLIZEIVOLLZUGSDIENST

Eingeschränkt im polizeilichen Außendienst

ja nein Erläuterungen:

Eingeschränkt bei der Anwendung körperlicher Gewalt

ja nein Erläuterungen:

Eingeschränkt beim Umgang mit Schusswaffen

ja nein Erläuterungen:

Eingeschränkt beim Führen von Schusswaffen

ja nein Erläuterungen:

Eingeschränkt bei der Anwendung von Hilfsmitteln der körperlichen Gewalt oder sonstigen Waffen

ja nein Erläuterungen:

Eingeschränkt in der persönlichen Mobilität (z. B. hinsichtlich Laufen, Treppensteinen, Fortbewegung im Gelände o. Ä.), bei Tätigkeiten in Zwangshaltungen oder beim Heben und Tragen von Lasten

ja nein Erläuterungen:

Eingeschränkt bei der Verwendung in Lärmbereichen

ja nein Erläuterungen:

Eingeschränkt beim Führen bestimmter Polizeidienstfahrzeuge

ja nein Erläuterungen:

Eingeschränkt beim Führen von Polizeidienstfahrzeugen unter Nutzung von Sonder- und Wegerechten

ja nein Erläuterungen:

Eingeschränkt bei der Ausübung potentiell traumatisierender Tätigkeiten (z. B. Todesermittlungen, Sexualdelikte, schwere Unfälle etc.)

ja nein Erläuterungen:

Eingeschränkt im polizeilichen Innendienst

ja nein Erläuterungen:

Eingeschränkt im Wechselschichtdienst

ja nein Erläuterungen:

Eingeschränkt im Schichtdienst

ja nein Erläuterungen:

Eingeschränkt im Nachtdienst

ja nein Erläuterungen:

Eingeschränkt im Rufbereitschaftsdienst

ja nein Erläuterungen:

Sonstige Einschränkungen

ja nein Erläuterungen:

ALLGEMEINE DIENSTVERRICHTUNG

Reduktion der täglichen/wöchentlichen Arbeitszeit erforderlich

ja nein Erläuterungen:

Einschränkungen am Büro/PC-Arbeitsplatz

ja nein Erläuterungen:

Einschränkungen im Publikumsverkehr

ja nein Erläuterungen:

Einschränkung der persönlichen Mobilität

ja nein Erläuterungen:

Einschränkungen im allgemeinen Außendienst

ja nein Erläuterungen:

Sonstige Einschränkungen

ja nein Erläuterungen:

V. Ausführungen zum positiven und negativen Leistungsbild sowie zur zeitlichen Prognose unter Nennung der tragenden Feststellungen und Gründe:

Name und Amtsbezeichnung

Datum

Unterschrift