

21260

**Anlage 1 zu § 2**

**Amtliche Begutachtung im vorzeitigen  
Zurruhesetzungsverfahren von Beamtinnen und Beamten  
zur Prüfung der Dienstfähigkeit  
Angaben zur Person  
(von der personalverwaltenden Stelle auszufüllen)**

**I. Anlass für das ärztliche Gutachten**

Dienstvorgesetzte Stelle (Bezeichnung, Anschrift)

.....

- ☐ Antrag des Beamten / der Beamtin auf vorzeitige Zurruhesetzung
- ☐ Zurruhesetzungsverfahren auf Veranlassung der Behörde
- ☐ Prüfung der Dienstfähigkeit nach erfolgter Zurruhesetzung

**II. Angaben zur Person des Beamten / der Beamtin**

1. Name .....
2. ggf. Geburtsname .....
3. Vorname .....
4. Geburtsdatum .....
5. Anschrift .....
6. Amtsbezeichnung / .....Besoldungsgruppe .....
7. Dienststelle .....
8. Derzeit ausgeübte Funktion mit genauer Tätigkeitsbeschreibung  
(Beschreibung der Anforderungen des Aufgabenbereichs, besondere physische und psychische Belastungen, ggf. unter Berücksichtigung besonderer Aufgaben, Nebentätigkeiten im öffentlichen Dienst)  
.....
9. Wöchentliche Arbeitszeit (Stunden), ggf. unter Angabe von in Anspruch genommenen Ermäßigungen und Freistellungen (z.B. Altersermäßigung, Schwerbehindertenermäßigung, Arbeitsversuch gemäß § 2 Abs. 4 Arbeitszeitverordnung) sowie besonderen zeitlichen Belastungen  
.....

10. Bisheriger Krankheitsverlauf, Fehlzeitentwicklung der letzten sechs Monate (Anzahl und Verteilung), soweit möglich unter Angabe der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (Der Zeitraum bestimmt sich nach der Relevanz für die Beurteilung der Dienstunfähigkeit, mindestens der Zeitraum der letzten sechs Monate)  
.....
11. Die Beamtin / der Beamte ist derzeit  
☐ nicht dienstunfähig erkrankt.  
☐ dienstunfähig erkrankt seit .....
12. Die Beamtin / der Beamte hat innerhalb der letzten sechs Monate mehr als drei Monate keinen Dienst verrichtet  
☐ nein  
☐ ja, insgesamt .....
13. Beobachtete Leistungseinschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten und deren Auswirkungen auf die Erfüllung der Dienstaufgaben  
.....
14. Bisher ergriffene Maßnahmen der Prävention, Rehabilitation und zur Entlastung sowie Arbeitsversuche der Beamtin oder des Beamten und ihr Erfolg (z. B. Mitarbeitergespräche, ambulante und/oder stationäre Behandlungen) und soweit möglich Begründung, warum diese aus Sicht der dienstvorgesetzten Stelle nicht erfolgreich waren.  
.....
15. Anerkennung einer Schwerbehinderung / Gleichstellung  
☐ liegt nicht vor  
☐ liegt vor, GdB ..... ☐ ist beantragt ☐ Nein  
Folgende Nachteilsausgleiche sind zuerkannt worden: .....

Ergänzende Angaben  
.....

Ort, Datum

Unterschrift