

21260

Anlage 2 zu § 2

Gesundheitsamt

Ort, Datum

Tel.-Durchwahl

Amtsärztliches Gutachten im Rahmen von Zurruhesetzungsverfahren von Beamten und Beamtinnen wegen Dienstunfähigkeit

Name	ggfs. Geb.Name	Vorname
geboren am	Anschrift	
auf Veranlassung / Auftrag von	Aktenzeichen	
Anlaß		
<input type="checkbox"/> Antrag des Beamten / der Beamtin auf Zurruhesetzung. <input type="checkbox"/> Zurruheetzungsverfahren auf Veranlassung der Behörde		

I. Angaben zur Person des Beamten / der Beamtin

(von der personalführenden Stelle aus dem Untersuchungsauftrag)

1. **Amts-/Dienstbezeichnung**
2. **Dienststelle**
3. **Ausgeübte Funktion**
- mögliche alternative
Verwendung**
4. **Ist der Beamte / die Beamtin dienstunfähig geschrieben?**
- ☐ ja, seit ☐ nein
5. **Hat der Beamte / die Beamtin innerhalb der letzten sechs Monate mehr als drei Monate keinen Dienst getan?**
- ☐ ja ☐ nein
- von bis
- von bis
- von bis
6. **Liegt eine anerkannte Gleichstellung / Schwerbehinderung vor?**
- ☐ ja, GdB..... v. H. seit..... ☐ nein
- Sind Nachteilsausgleiche anerkannt worden?**
- ☐ ja,(welche) ☐ nein

II. Amtsärztliche Untersuchung

(vom Gesundheitsamt auszufüllen)

21260

1. Der Beamte / die Beamtin wurde amtsärztlich untersucht am

2. Sind für die Gesamtbeurteilung Stellungnahmen anderer Ärzte herangezogen worden?

☐ ja ☐ nein

Ist aus der Sicht des Gesundheitsamtes noch eine weitere Untersuchung erforderlich?

☐ ja ☐ nein

(Falls ja, Angabe der Fachrichtung und Datum der Stellungnahme falls bereits vorhanden)

3. Diagnose und Gesamtbeurteilung

(Bitte die Auswirkungen der Einzelkrankheiten und des Gesamtbefundes auf die Dienstfähigkeit, soweit dies zur Begründung der Personalentscheidung erforderlich ist, darlegen - ggf. zusätzliches Blatt beifügen. Dabei ist darauf zu achten, daß Rückschlüsse auf die Person des Untersuchten durch Dritte nicht möglich sind.)

21260

4. Sind zur Erhaltung der Dienstfähigkeit, Verbesserung oder Wiederherstellung der Einsatzfähigkeit Behandlungsmaßnahmen erfolgversprechend?
☐ ambulante ärztliche Behandlung ☐ Heilkur
☐ Krankenhausbehandlung ☐ Sonstige
☐ keine, weil
5. Wird der Beamte / die Beamtin wegen körperlicher Einschränkungen oder Schwäche seiner/ihrer körperlichen oder geistigen Kräfte für dauernd unfähig gehalten, die Dienstpflichten eines/r (Amts-/Dienstbezeichnung) auszufüllen?
☐ ja ☐ nein
6. Wird es für aussichtslos gehalten, daß innerhalb von sechs Monaten die volle Dienstfähigkeit wieder hergestellt ist?
☐ ja ☐ nein
7. Gesundheitliche Eignung für eine anderweitige Verwendung:
☐ ja ☐ nein
 Bestehen Funktionseinschränkungen und ggf. welche?
 (Beispiele: Kein Publikumsverkehr, Pausen erforderlich, Reduzierung der Arbeitszeit erforderlich; nur Arbeiten ohne Zeitdruck)

Die Amtsärztin / Der Amtsarzt

Im Auftrag

Ärztin / Arzt

Gebühr

_____ DM

Tarifstelle