

1) **Personalsache Vertraulich**

Anschrift Behörde (Dir. ZA)

Überprüfung der Polizeidienstfähigkeit; ggf. nachfolgend Überprüfung der allgemeinen Dienstfähigkeit

_____, geb. _____
Name Vorname Geburtsdatum Personalnummer

Die von Ihnen beabsichtigte medizinische Begutachtung zur Überprüfung der Polizeidienstfähigkeit gemäß § 115 Abs. 1 und 2 LBG NRW und ggf. nachfolgend der allgemeinen Dienstfähigkeit gem. § 26 BeamStG entsprechend des Erlasses vom 22. Mai 2017 Az.: 401/403-42.01.05 wird, auf Grundlage der von Ihnen mit Schreiben vom _____ zur Verfügung gestellten Informationen, folgende Untersuchungen/ weitergehende Untersuchungen beinhalten:

- ☐ Erhebung der Anamnese
- ☐ allgemeine körperliche Untersuchung
- ☐ Ruhe-EKG
- ☐ Belastungs-EKG
- ☐ Lungenfunktionsprüfung
- ☐ Hörtest
- ☐ Untersuchung der Sehschärfe, des Gesichtsfeldes, des Farbsinns, des räumlichen Sehens
- ☐ allgemeine Blut- und Urinuntersuchung¹
- ☐ ergänzend kommt eine Ultraschalluntersuchung der inneren Organe in Betracht
- ☐ eine fachärztliche Zusatzbegutachtung auf dem Fachgebiet:

konkrete Benennung

¹ umfasst sind

- Laborwertstatus Blut: kl. Blutbild, CRP, BSG, TSH, GOT, GPT, GGT, AP, Bilirubin, Cholesterin (HDL/LDL), Triglyceride, BZ, HbA1c, Kreatinin, Harnstoff, Harnsäure,
- Urin-Status: pH-Wert, Gesamteiweiß, Bilirubin, Urobilinogen, Aceton/Ketonkörper, Nitrit, Glucose, Blut.

☐ zutreffendes bitte ankreuzen

optionaler Freitext

Im Fall spezifischer Erkrankungen oder unklarer Befunde/ Symptome können Zusatzuntersuchungen/ -gutachten von weiteren Fachärztinnen/ Fachärzten erforderlich sein.

Als Termin für die o.g. Untersuchung habe ich

den _____ um _____ Uhr reserviert.
Datum Uhrzeit

Die Untersuchung wird stattfinden im Polizeiärztlichen Dienst des

Anschrift

Den vorgenannten Termin bitte ich zu bestätigen.

Im Auftrag

(_____)
Unterzeichner

Polizeiamtsärztin/ Polizeiamtsarzt