1)

<u>Per</u>	<u>'sonalsach</u>	<u>ne Vertraulich</u>					
——An	schrift Behörde	(Dir. ZA)					
Üba	orprüfung	dar Palizaidiane	tfähigkeit; gegebener	sfalle nachfal			
			inen Dienstfähigkeit	IIdlis IIdCIIIOI-			
	Name		, geb, Geburtsdatum	Dersonalnummer			
	Name	vomanio	Goburtsdatum	r etsonamummer			
Für	die von Ih	inen heauftragte me	edizinische Begutachtur	og zur Übernrü-			
			emäß § 115 Abs. 1 ur				
und	d gegebene	enfalls nachfolgend	der allgemeinen Dienstf	ähigkeit gemäß			
			des Erlasses vom 22.				
		•	t in Dokumentationen u				
	_	oenannten Persone e erforderlich.	en und die Einsicht in	polizeiarztiiche			
			er Polizeidienstfähigkei	t sowie der all-			
			und der Anordnung vo				
wur	de die o.g	g. Polizeivollzugsbe	eamtin/ der o.g. Polizei	vollzugsbeamte			
			ass zur medizinischen B				
		dienstfahigkeit sow des erforderlich ist:	vie ihrer/ seiner allgem	einen Dienstra-			
Higi	Ken rongend	162 GHOIGGHIGH ISt.					
			15.	. –			
Ш	ja 📙 nein		Ookumentationen und Befund	de Dritter.			
	ia 🔲 nein	die Einnolung eines Fa	lie Einholung eines Fachgutachtens:				
	ja	konkrete Benennung					
Zuti	reffendes bitte ankreu	izen!					
_	_		<u> </u>				
			eine Schweigepflichten	_			
			sses vom 22. Mai 2017 gelisteten Ärztinnen/ Är				
	•		plizeiärztinnen/ Polizeiär				
Nr.	(Titel) Name	•	Adresse/ Dienststelle	Fachrichtung			
	(	,					

 Pardam hitta iah daa Finyarat	

Außerdem bitte ich das Einverständnis zur Einsicht in folgende polizeiärztliche Akten einzuholen und diese bei Vorliegen der Einwilligung als verschlossene Arztsache vom örtlich zuständigen Polizeiärztlichen Dienst an mich versenden zu lassen.

ja	nein	Kurative Krankenakte	(blau*)
ja	nein	Arbeitsmedizinische Krankenakte	(grün*)
ja	nein	Genehmigungs-Krankenakte	(gelb*)

<sup>\*)</sup> entsprechend Erl. MIK vom 31.01.2012 - 403.63.22.06 -

## Im Auftrag

(\_\_\_\_\_)
Unterzeichner

Polizeiamtsärztin/ Polizeiamtsarzt

<sup>☐</sup> Zutreffendes bitte ankreuzen!