

Familienname (Ehename):	ggf. Geburtsname:	Vorname:	geboren am:
Anschrift (Straße/Hausnummer/PLZ/Ort):			

Amtsärztliches Zeugnis (Einstellung von Angestellten/Arbeitern)

zwecks

veranlasst von mit Schreiben vom Az.:

- ☐ Nach Vorgeschichte und Ergebnis der am vorgenommenen Untersuchung
- ☐ aufgrund zusätzlicher von erhobener Befunde
- ☐ genügt der/die Genannte den besonderen gesundheitlichen Anforderungen der vorgesehenen Tätigkeit.
- ☐ genügt der/die Genannte den besonderen gesundheitlichen Anforderungen der vorgesehenen Tätigkeit nicht.

Gegebenenfalls, z. B. bei Lehrern, besondere Anforderungen bezeichnen und bestätigen, dass sie erfüllt werden:

.....

.....

Gegebenenfalls:

- ☐ Herr/Frau ist schwerbehindert. Er/Sie
- ☐ genügt den gesundheitlichen Anforderungen der angestrebten Tätigkeit im erforderlichen Mindestmaß.

Gegen die Einstellung als bestehen daher aus ärztlicher Sicht

- ☐ keine Bedenken. ☐ Bedenken.

Begründung, falls Bedenken bestehen:

.....

.....

.....

- ☐ Ein abschließendes Urteil ist erst möglich, wenn das Ergebnis zusätzlicher Untersuchungen/ein zusätzliches Gutachten eines Arztes/einer Ärztin für vorliegt.
- ☐ Eine Nachuntersuchung soll in Wochen/Monaten erfolgen.

Gesundheitsamt

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Arztes/der Ärztin