

Amtsärztliches Gutachten im Rahmen der Feststellung oder des Ausschlusses von Dienstunfähigkeit

I Gutachtenauftrag (von der veranlassenden Dienststelle auszufüllen)

1 Angaben zur Person des/der Beamten/in

- 1.1 Name, Vorname
- 1.2 geboren am
- 1.3 Dienststelle
- 1.4 Amtsbezeichnung/Besoldungsgruppe.....

2 Sachverhaltsschilderung durch den Dienstvorgesetzten

→ vgl. Abschnitt II Nr. 3 der Bekanntmachung des SMI vom 14. Januar 2002

2.1 Ausgeübte Funktion

(Konkrete und umfassende Beschreibung des Anforderungsprofils des Amtes im abstrakt-funktionellen Sinn; ausführliche Tätigkeitsbeschreibung; physische und psychische Anforderungen und Belastungen; ggf. auf Beiblatt erläutern)

.....
.....
.....

(Abschnitt II Nr. 3 Buchst. a der Bekanntmachung des SMI, Nummer 2.4.1 Satz 3 VwV Gutachten und Zeugnisse)

2.2a Bisheriger Krankheitsverlauf unter Berücksichtigung der Fehlzeitenentwicklung (Anzahl und Verteilung)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2.2b Der/Die Beamte/in

- ist krankgeschrieben seit
- war in den letzten sechs Monaten mehr als drei Monate aktuell dienstunfähig
- ist nicht krankgeschrieben.

(Abschnitt II Nr. 3 Buchst. b der Bekanntmachung des SMI)

2.3 Gesundheitsbezogene Leistungseinschränkungen

(Beschreibung der Auswirkungen der Erkrankung auf die Fähigkeit zur Erfüllung der Dienstpflichten)

.....
.....
.....

(Abschnitt II Nr. 3 Buchst. c der Bekanntmachung des SMI)

2.4 Durchgeführte Präventionsmaßnahmen
 (Darstellung der im Vorfeld vorgenommenen Präventionsmaßnahmen zur Erhaltung der Dienstfähigkeit und Begründung, warum diese aus Sicht des Dienstvorgesetzten nicht erfolgreich waren)

(Abschnitt II Nr. 3 Buchst. d der Bekanntmachung des SMI)

2.5 Denkbare/mögliche andere Verwendung(en)
 (Besonderheiten des Anforderungsprofils; ggf. auf Beiblatt erläutern)

(Abschnitt II Nr. 3 Buchst. e der Bekanntmachung des SMI)

2.6 Sonstige der Dienststelle bekannte Umstände, die für die Abfassung des Gutachtens erforderlich erscheinen

(Abschnitt II Nr. 3 Buchst. f der Bekanntmachung des SMI)

2.7 Anlass für den Gutachtenauftrag

Antrag des/der Beamten/in, ihn/sie in den Ruhestand zu versetzen

Verfahren zur Ruhestandsversetzung auf Veranlassung des Dienstherrn

2.8 Eine anerkannte Schwerbehinderung/Gleichstellung liegt

vor GdB vom Hundert seit

nicht vor.

Nachteilsausgleiche sind

anerkannt (welche?)

nicht anerkannt.

(Behördenstempel)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Dienstvorgesetzten

1.7 Geeignet, die Dienstfähigkeit zu erhalten, wiederherzustellen oder zu bessern, ist/kann sein

- ambulante ärztliche Behandlung
- stationäre ärztliche Behandlung
- Rehabilitationsmaßnahme
- psychotherapeutische Behandlung
- folgende Maßnahme:
- keine Maßnahme, weil.....

(Abschnitt II Nr. 4 Fragebereich b Satz 3 der Bekanntmachung des SMI, Nummer 2.4.3 Satz 5 VwV Gutachten und Zeugnisse)

1.8 Es erscheint

- zweckmäßig, nicht zweckmäßig,

noch nicht gewährte Vergünstigungen nach dem Schwerbehindertenrecht zu beantragen.

(Abschnitt II Nr. 4 Fragebereich b Satz 4 der Bekanntmachung des SMI, Nummer 2.4.3 Satz 7 VwV Gutachten und Zeugnisse)

1.9 Der/Die Beamte/in ist gesundheitlich für eine andere Verwendung

- geeignet nicht geeignet.

(Abschnitt II Nr. 4 Fragebereich c in Verbindung mit Abschnitt III der Bekanntmachung des SMI, Nummer 2.4.3 Satz 6 VwV Gutachten und Zeugnisse)

1.10 Der/Die Beamte/in ist gesundheitlich

- geeignet, nicht geeignet,

unter Beibehaltung seines/ihrer Amtes seine/ihre Dienstpflichten noch während mindestens der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit zu erfüllen (begrenzte Dienstfähigkeit).

Falls geeignet:

Die begrenzte Dienstfähigkeit besteht im Umfang vonProzent der regelmäßigen Arbeitszeit.

(Abschnitt II Nr. 3 der Bekanntmachung des SMI über die Überprüfung der begrenzten Dienstfähigkeit vor Versetzung in den Ruhestand gemäß § 52a SächsBG vom 17. März 2003)

1.11 Wird der/die Beamte/in in den Ruhestand versetzt, ist eine Nachuntersuchung

- in Jahren angezeigt.
- nicht angezeigt, weil

(Abschnitt II Nr. 4 Fragebereich d der Bekanntmachung des SMI, Nummer 2.4.3 Satz 8 VwV Gutachten und Zeugnisse)

Gesundheitsamt

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Arztes / der Ärztin