

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

ANGABEN ZUR VORGESCHICHTE

Ihre vollständigen und richtigen Angaben zur Vorgeschichte sind die wesentliche Grundlage für das ärztliche Gutachten oder Zeugnis. Füllen Sie deshalb bitte den Bogen so vollständig wie möglich aus! Der Bogen mit Ihren Angaben bleibt beim ärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes, die das Gutachten oder Zeugnis veranlassende Stelle erhält lediglich eine zusammenfassende gutachtliche Bewertung in Form eines amtsärztlichen Gutachtens oder Zeugnisses. Einzelheiten erfährt die Stelle nur mit Ihrem Einverständnis, es sei denn, ihre Kenntnis ist im Falle eines Gutachtens oder Zeugnisses im Rahmen der Feststellung von Dienstunfähigkeit unabdingbar.

1) Sind Sie schon früher in einem Gesundheitsamt untersucht worden?

nein ja wann? wo?
weshalb?

2) Hat Sie schon einmal eine andere Stelle auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht (z. B. Musterung)?

nein ja wann? wo?
weshalb?
Ergebnis

3) Hat es in Ihrer engeren Familie (Eltern, Geschwister, Kinder) ernste Krankheiten gegeben, oder gibt es solche?

ja, und zwar
 hoher Blutdruck Herzkrankheit Zuckerkrankheit Gicht chronischer Rheumatismus
 Allergie Krebs Suchtkrankheit psychiatrische Krankheit, auch Selbsttötung/-sversuch
 andere:
 nein

4) Leben Ihre

Eltern? ja nein

Geschwister? ja nein

Kinder? ja nein

5) Eigene Vorgeschichte

Folgende Krankheiten/Krankheiten folgender Organe/Behinderungen lagen vor/liegen noch vor:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Röteln (bei Frauen) | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Nieren |
| <input type="checkbox"/> Allergie | <input type="checkbox"/> Harnblase |
| <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheit |
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Krampfadern, Thrombose, Embolie |
| <input type="checkbox"/> Atemwege | <input type="checkbox"/> Rheumatismus |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Knochen, Gelenke, Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Mandelentzündung | <input type="checkbox"/> Gehirnerschütterung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> psychische Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm | <input type="checkbox"/> körperliche/geistige/seelische Behinderung |
| <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Unfälle |
| <input type="checkbox"/> Gallenblase | <input type="checkbox"/> Operationen |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht | <input type="checkbox"/> andere Krankheit(en)/Behinderung(en) |
-

Wann?	Krankheit	Dauer	Behandelnder Arzt/Krankenhaus oder Sanatorium/Kurarzt
Beispiel Sommer 69 Winter 70	Scharlach Unterarmbruch rechts	4 Wochen 3 Wochen	Dr. Barth/Flöha Kreiskrankenhaus Oschatz

Welche Folgen von Krankheiten oder Verletzungen sind zurückgeblieben?

.....

Bei Frauen: Geburten (Angabe des Jahres)

.....

6) Jetzige Beschwerden

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen |
| <input type="checkbox"/> Sehstörung | <input type="checkbox"/> Verdauungs-/Stuhlgangsbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Augenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Hörstörung | <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme |
| <input type="checkbox"/> Hals-/Nasen-/Ohrenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Beschwerden beim Wasserlassen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Anfälle | <input type="checkbox"/> rheumatische Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Zittern | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> andere Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> psychische Beschwerden, Stimmungs-/Antriebsstörungen |
| <input type="checkbox"/> andere | |

keine

7) Haben Sie eine Rente beantragt?

nein ja Grund:

8) Sind Sie schwerbehindert?

nein ja Grund:GdB%

9) Wurden früher Röntgenuntersuchungen durchgeführt?

nein ja (Nach Möglichkeit bitte Bilder und Befunde zum Untersuchungstermin mitbringen.)

10) Sind Sie zurzeit in Behandlung?

nein ja Grund:

11) Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

nein ja welche? seit

12) Namen der behandelnden Ärzte/Therapeuten

.....

13) Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig?

nein ja

14) Treiben Sie Sport?

nein ja welchen?

15) Tragen Sie eine Sehhilfe?

nein ja Brille Haftschalen Glasstärke: re.: li.:

16) Rauchen Sie?

nein ja, seit dem Jahr tägliche Menge

17) Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke (einschließlich Bier) zu sich?

nein ja, seit dem Jahr tägliche Menge

18) Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten regelmäßig Medikamente genommen?

nein ja, seit dem Jahr welche?

19) Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten gelegentlich oder regelmäßig illegale Drogen zu sich genommen?

nein ja, seit dem Jahr welche?

Erklärung:

1. Ich habe dem begutachtenden Arzt zu meinem Gesundheitszustand vollständige Angaben gemacht.
2. Das Gesundheitsamt überlässt der das Gutachten/Zeugnis veranlassenden Stelle grundsätzlich nur das Gutachten/Zeugnis; es enthält in der Regel nur das zusammenfassende Ergebnis der Begutachtung zu den gestellten Fragen.
3. Bei begründetem Zweifel an Vollständigkeit, Aussagefähigkeit oder Ergebnis des Gutachtens/Zeugnisses ist die veranlassende Stelle berechtigt und das Gesundheitsamt verpflichtet, die für das Gutachten/Zeugnis maßgeblichen Einzeldaten zu übermitteln. Das gilt auch, wenn diese für ein Gerichtsverfahren benötigt werden.
4. Bei einer Untersuchung, der ich mich freiwillig unterziehe, gilt Nummer 3 nur, wenn mich der begutachtende Arzt, bevor er Einzeldaten übermittelt, über Inhalt und Umfang des Gutachtens/Zeugnisses aufgeklärt hat und ich mich schriftlich mit der Übermittlung einverstanden erklärt habe.
5. Ich weiß, dass ich die bei meiner Untersuchung gemachten Aufzeichnungen einsehen kann.
6. Soweit es für die Begutachtung notwendig ist, Unterlagen von Ärzten oder Krankenhäusern beizuziehen, die mich untersucht oder behandelt haben, werde ich sie auf besonderen Formularen von der Schweigepflicht entbinden; dabei werden der betreffende Arzt oder das betreffende Krankenhaus, der Untersuchungszweck und die benötigten Unterlagen im einzelnen bezeichnet werden.
7. Ich weiß, dass es meiner Einwilligung bedarf, wenn der begutachtende Arzt der veranlassenden Stelle mitteilt, es sei eine zusätzliche (fach)ärztliche Untersuchung erforderlich.

.....
Datum, Unterschrift

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

ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Das Gesundheitsamt ist beauftragt, mich zu folgendem Zweck zu untersuchen und zu begutachten:

.....

Das Gesundheitsamt bedarf dazu folgender ärztlicher Auskünfte und/oder Unterlagen:

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

Ich entbinde Herrn/Frau

hinsichtlich dieser Auskünfte und/oder Unterlagen von der ärztlichen Schweigepflicht.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift des/der zu Begutachtenden

- 10. Atmungsorgane
- 11. Bauchorgane
- 12. Harn- und Geschlechtsorgane einschl. Nierenlager
- 13. Gang (statomotorische Funktionen)
- 14. Bewegungsapparat (Zustand und Funktion von Gliedmaßen und Wirbelsäule)
- 15. Neurologischer Befund
- 16. Psychischer Befund
- 17. Röntgenbefund (Thorax)
(nur, wenn aufgrund von Anamnese, klinischem Befund oder besonderen Tätigkeitsanforderungen notwendig!)
- 18. Tuberkulintest (soweit erforderlich) negativ
- 19. Ergänzende Befunde (mit Untersuchungsdatum und -stelle)

20. Bei Frauen, die einem erhöhtem Rötelninfektionsrisiko ausgesetzt sind:

Eine Untersuchung auf Rötelnantikörper wurde durchgeführt
 wurde nicht durchgeführt, weil

.....

ggf. Röteltiter:

Diagnose(n):

Kein von der Norm abweichender Befund

Gesundheitsamt

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Arztes/der Ärztin

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

Amtsärztliches Zeugnis (Übernahme in das Beamtenverhältnis)

veranlasst von mit Schreiben vom Az.:

- Nach Vorgeschichte und Ergebnis der am vorgenommenen Untersuchung
- aufgrund zusätzlicher von erhobener Befunde
- nach einem von erstellten Zusatzgutachten

ist der/die Genannte für die vorgesehene Verwendung als gesundheitlich

- geeignet. nicht geeignet.

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

.....

.....

Der Eintritt vorzeitiger Dienstunfähigkeit ist

- nicht zu erwarten. zu erwarten.

Gegebenenfalls:

- Herr/Frau ist schwerbehindert. Der Eintritt dauernder Dienstunfähigkeit vor Ablauf von fünf Jahren ist
- nicht zu erwarten. zu erwarten.

Gegen die Übernahme in das Beamtenverhältnis auf

- Widerruf Probe Lebenszeit

bestehen aus ärztlicher Sicht

- keine Bedenken. Bedenken.

Begründung bei zweifelhaft erscheinender oder fehlender Eignung, zu erwartender vorzeitiger Dienstunfähigkeit und/oder Bedenken gegen die Übernahme in das Beamtenverhältnis: s. Rückseite oder 2. Blatt!

- 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

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

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

Amtsärztliches Zeugnis (andere Zwecke als Einstellung und Feststellung von Dienstfähigkeit)

zwecks

veranlasst von mit Schreiben vom Az.:

- Vorgeschichte und Ergebnis der am vorgenommenen Untersuchung
- zusätzlich von erhobener Befunde
- ein von erstelltes Zusatzgutachten

führen zu folgender ärztlicher Beurteilung:

Gesundheitsamt

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Arztes/der Ärztin