Familienname (Ehename)	ggfs. Geburtsname	Vorname	geboren am
Anschrift (Straße/Hausnummer/Postleitzahl/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, deren Kenntnis ist im Falle eines Gutachters 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 (zum Beispiel 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 psychische Krankheit, auch Selbsttötung/ -versuch
 andere:
 nein

4) Leben Ihre Eltern? Falls nein, in welchem Alter und woran sind sie gestorben?

Eltern? ja nein
 Geschwister? ja nein
 Kinder? ja nein

5) Eigene Vorgeschichte

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

☐ Röteln (bei Frauen)	☐ Zuckerkrankheit
☐ Haut	☐ Nieren
☐ Allergie	☐ Harnblase
☐ Herz	☐ Geschlechtskrankheit
☐ hoher Blutdruck	☐ Krampfadern, Thrombose, Embolie
☐ Atemwege	☐ Rheumatismus
☐ Asthma	☐ Gicht
☐ Tuberkulose	☐ Knochen, Gelenke, Wirbelsäule
☐ Mandelentzündung	☐ Gehirnerschütterung
☐ Schilddrüse	☐ psychische Krankheit
☐ Magen-Darm	☐ körperliche / geistige / seelische Behinderung
☐ Leber	☐ Unfälle
☐ Gallenblase	☐ Operationen
☐ Gelbsucht	☐ 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 / Jahr

.....

6) Jetzige Beschwerden

☐ Kopfschmerzen	☐ Herzbeschwerden
☐ Schwindel	☐ nächtliches Wasserlassen
☐ Sehstörung	☐ Verdauungs-/Stuhlgangsbeschwerden
☐ Augenbeschwerden	☐ Appetitlosigkeit
☐ Hörstörung	☐ Gewichtsabnahme
☐ Hals-/Nasen-/Ohrenbeschwerden	☐ Beschwerden beim Wasserlassen
☐ Schlafstörung	☐ Gelenkschmerzen
☐ Anfälle	☐ rheumatische Beschwerden
☐ Zittern	☐ Rückenschmerzen
☐ Husten	☐ andere Schmerzen
☐ Atemnot	☐ psychische Beschwerden, Stimmungs-/Antriebsstörungen
☐ 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 zur Zeit in Behandlung?

nein ja Grund:

11) Nehmen Sie zur Zeit 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 im letzten Jahr regelmäßig Medikamente oder Drogen 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)	ggfs. Geburtsname	Vorname	geboren am
Anschrift (Straße/Hausnummer/Postleitzahl/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

(Fortsetzung von Seite 1)

- 10. Atmungsorgane
- 11. Bauchorgane
- 12. Harn- und Geschlechtsorgane einschl. Nierenlager
- 13. Gang
- 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

.....

gegebenenfalls Röteltiter:

Diagnose(n):

kein von der Norm abweichender Befund

Gesundheitsamt

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Familienname (Ehename)	ggfs. Geburtsname	Vorname	geboren am
Anschrift (Straße/Hausnummer/Postleitzahl/Ort)			

Amtsärztliches Zeugnis (Übernahme in das Beamtenverhältnis)

veranlaßt von mit S. v. 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, zum Beispiel 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 zehn 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: siehe 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

Familienname (Ehename)	ggfs. Geburtsname	Vorname	geboren am
Anschrift (Straße/Hausnummer/Postleitzahl/Ort)			

Amtsärztliches Zeugnis (Einstellung von Angestellten/Arbeitern)

zwecks

veranlaßt von mit S. v. Az.:

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

Gegebenenfalls, zum Beispiel 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

Amtsärztliches Gutachten (im Rahmen der Feststellung oder des Ausschlusses von Dienstunfähigkeit)

1 Angaben zur Person des/der Beamten/in (von der veranlassenden Dienststelle auszufüllen)

1.1 Name, Vorname

1.2 geboren am

1.3 Dienststelle

1.4 a Ausgeübte Funktion

1.4 b Denkbare andere Verwendung(en) (Besonderheiten des Anforderungsprofils gegebenenfalls auf Beiblatt erläutern)

1.5 Anlaß für den Gutachtensauftrag

- Antrag des/der Beamten/in, ihn/sie in den Ruhestand zu versetzen
- Verfahren zur Ruhestandsversetzung auf Veranlassung des Dienstherrn

1.6 Der/Die Beamte/in ist

- krankgeschrieben seit
- nicht krankgeschrieben.

1.7 Eine anerkannte Schwerbehinderung/Gleichstellung liegt

- vor GbB vom Hundert seit
- nicht vor.

Nachteilsausgleiche sind

- anerkannt (welche?)
- nicht anerkannt.

2 Amtsärztliches Gutachten (vom Gesundheitsamt auszufüllen)

2.1 Der/Die Beamte/in wurde am amtsärztlich untersucht.

2.2 Ergebnisse von Untersuchungen/gutachtliche Aussagen wurden

- herangezogen (welche?)
- nicht herangezogen.

Weitere Untersuchungen hält das Gesundheitsamt

- für erforderlich (welcher Fachrichtung?)
- nicht für erforderlich.

2.3 Diagnose und Beurteilung

(Schilderung der Auswirkungen der gesundheitlichen Mängel und des Gesamtbefundes auf die Diensttätigkeit und -fähigkeit, soweit es erforderlich ist, um die Personalentscheidung begründen zu können)

.....

.....

.....

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

ambulante ärztliche Behandlung

Krankenhausbehandlung

Heilkur

folgende Maßnahme:

keine Maßnahme, weil

2.5 Es erscheint

zweckmäßig, nicht zweckmäßig,

noch nicht gewährte Vergünstigungen nach dem Schwerbehindertenrecht zu beantragen.

2.6 Der/Die Beamte/in erscheint wegen körperlicher Gebrechen oder Schwäche seiner/ihrer körperlichen oder geistigen Kräfte

dauernd nicht dauernd

unfähig, die Dienstpflichten eines/r

Amts-/Dienstbezeichnung

bei seiner/ihrer Verwaltung zu erfüllen.

2.7 Der/Die Beamte/in hat infolge derselben Erkrankung innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten mehr als drei Monate keinen Dienst getan:

ja nein

falls ja: Es besteht

Aussicht, keine Aussicht,

daß innerhalb weiterer sechs Monate die volle Dienstfähigkeit wiederhergestellt sein wird.

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

geeignet. nicht geeignet.

Falls geeignet: Aus gesundheitlichen Gründen erscheinen folgende Einschränkungen geboten (zum Beispiel kein Publikumsverkehr, keine Arbeit unter Zeitdruck, Reduktion der Arbeitszeit, Ruhepausen, keine Arbeit im Freien, kein Treppensteigen):

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

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

in Jahren angezeigt.

nicht angezeigt, weil

Gesundheitsamt

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Arztes / der Ärztin

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

Familienname (Ehename)	ggfs. Geburtsname	Vorname	geboren am
Anschrift (Straße/Hausnummer/Postleitzahl/Ort)			

zwecks

veranlaßt von mit S. v. Az.:

Vorgeschichte und Ergebnis der am vorgenommenen Untersuchung

zusätzlich von erhobene Befunde

ein von erstelltes Zusatzgutachten

führen zu folgender ärztlicher Beurteilung:

Gesundheitsamt

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Arztes / der Ärztin