

Familienname: _____	gegebenenfalls Geburtsname: _____	Vorname: _____	geboren am: _____
Anschrift (Straße/Hausnummer/PLZ/Ort): _____			

**AMTSÄRZTLICHES ZEUGNIS (Einstellung von Beschäftigten)**

zwecks \_\_\_\_\_

veranlasst von \_\_\_\_\_ mit Schreiben vom \_\_\_\_\_ Az.: \_\_\_\_\_

- Nach Vorgeschichte und Ergebnis der am \_\_\_\_\_ vorgenommenen Untersuchung
- auf Grund 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, 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