

**Amtsärztliches Gutachten im Rahmen der Feststellung oder des Ausschlusses von Dienstunfähigkeit**

**I Gutachtensauftrag** (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**

2.1 Ausgeübte Funktion

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.2b Der/Die Beamte/in

- ist krank geschrieben seit \_\_\_\_\_  
 war in den letzten sechs Monaten mehr als drei Monate aktuell dienstunfähig  
 ist nicht krank geschrieben.

2.3 Gesundheitsbezogene Leistungseinschränkungen

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.5 Denkbare/mögliche andere Verwendung(en)

(Besonderheiten des Anforderungsprofils; gegebenenfalls auf Beiblatt erläutern)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.7 Anlass für den Gutachtensauftrag

- 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 \_\_\_\_\_ Prozent \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
- nicht vor.

Nachteilsausgleiche sind

- anerkannt (welche?) \_\_\_\_\_
- nicht anerkannt.

(Behördenstempel)

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Dienstvorgesetzten

**II Amtsärztliches Gutachten** (vom Gesundheitsamt auszufüllen)

1.1 Der/Die Beamte/in wurde am \_\_\_\_\_ amtsärztlich untersucht.

1.2 Ergebnisse von Untersuchungen/gutachtliche Aussagen wurden

herangezogen (Angabe des Arztes, der Fachrichtung und des Datums)

---

---

---

nicht herangezogen.

Weitere Untersuchungen hält das Gesundheitsamt

für erforderlich (welcher Fachrichtung)

---

für nicht erforderlich.

---

1.3 Funktions- und/oder Leistungseinschränkungen

(die sich aus der Erkrankung beziehungsweise den gesundheitlichen Mängeln und dem Gesamtbefund ergeben, soweit sie die unter Punkt 1.4 aufgeführten Auswirkungen auf die ausgeübte Diensttätigkeit, auf die Dienstfähigkeit sowie auf die unter Teil I Gutachtenauftrag, Punkt 2.5 genannten denkbaren/möglichen anderen Verwendungen betreffen und erforderlich sind, um eine begründete Personalentscheidung herbeizuführen)

---

---

---

---

---

---

1.4 Auswirkungen der Funktions- und/oder Leistungseinschränkungen

(auf die ausgeübte Diensttätigkeit, auf die Dienstfähigkeit sowie auf die unter Teil I Gutachtenauftrag, Punkt 2.5 genannten denkbaren/möglichen anderen Verwendungen )

---

---

---

---

---

---

1.5 Der/Die Beamte/in erscheint wegen seines/ihrer körperlichen Zustandes oder aus gesundheitlichen Gründen

dauernd  nicht dauernd

unfähig, die Dienstpflichten eines/r \_\_\_\_\_ (Amts-/Dienstbezeichnung)  
bei seiner/ihrer Verwaltung zu erfüllen.

1.6 Es besteht

Aussicht,  keine Aussicht,

dass der/die Beamte/in innerhalb weiterer sechs Monate wieder voll dienstfähig wird.

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

---

1.8 Es erscheint

zweckmäßig,  nicht zweckmäßig,

noch nicht gewährte Vergünstigungen nach dem Schwerbehindertenrecht zu beantragen.

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

geeignet  nicht geeignet.

1.10 Der/Die Beamte/in ist gesundheitlich

geeignet  nicht geeignet.

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

Falls geeignet:

Die begrenzte Dienstfähigkeit besteht im Umfang von \_\_\_\_\_ Prozent der regelmäßigen Arbeitszeit.

1.11 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