

Anhang 6

**Zwischen- beziehungsweise Schlussgutachten<sup>1)</sup> des Arztes, Fach-, Polizei- beziehungsweise Amtsarztes<sup>2)</sup>**

Diese Angaben dienen zur Feststellung der Gewährung von Unfallfürsorgeleistungen im Rahmen der Unfallfürsorge nach den beamtenversorgungsrechtlichen Vorschriften (§§ 32 ff. des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes – SächsBeamtVG). Die Angaben sind nur in dem für diesen Zweck erforderlichen Umfang aufzunehmen.

Name, Vorname	geboren am
Amtsbezeichnung/Beschäftigungsstelle	Dienstunfall vom
Welche unfallbedingten Verletzungen oder Einschränkungen sind zurückgeblieben beziehungsweise bestehen am Untersuchungstag noch?	
Wann hat die letzte unfallbedingte ärztliche Behandlung stattgefunden?	
Ist die unfallbedingte ärztliche Behandlung abgeschlossen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein. Welche weiteren Therapien (Medikamente, Physiotherapie, Operationen, Rehabilitationsmaßnahmen und andere) sind erforderlich, wann und in welchem Umfang.	
Besteht/bestand eine unfallbedingte Dienstunfähigkeit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, sie dauerte vom _____ bis _____ / voraussichtlich bis _____	
Einschätzung der dienstunfallbedingten Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) am Untersuchungstag: 1. MdE als Folge des Dienstunfalls vom _____ : _____ % Körperschäden/Funktionseinschränkungen: 2. MdE als Folge vorhergehender Dienstunfälle vom _____ : _____ % Körperschäden/Funktionseinschränkungen: 3. Dienstunfallbedingte Gesamt-MdE: (aus Nummer 1 und 2) _____ %	

1) Zutreffendes bitte unterstreichen.

2) Vertrauliche Arztsache. Das Schlussgutachten ist in einem verschlossenen Umschlag in der Dienstunfallakte aufzubewahren.

Seit dem Unfalltag/seit der letzten Begutachtung bis zum jetzigen Untersuchungstag ist folgende Staffelung der Höhe der MdE festzustellen:

Zeitraum	dienstunfallbedingte MdE		dienstunfallbedingte Gesamt-MdE
	Unfall vom _____	Unfall vom _____	
Ab	%	%	%
Ab	%	%	%
Ab	%	%	%
Ab	%	%	%

Ist eine Veränderung der festgestellten Körperschäden (Verschlimmerung oder Besserung) oder eine Anpassung an die Beeinträchtigung zu erwarten?

nein       ja

Begründung:

Schlagen Sie eine Nachuntersuchung und gegebenenfalls Neueinschätzung der MdE vor?

nein       ja, Zeitpunkt der nächsten Nachuntersuchung: \_\_\_\_\_

Wird die Dienstfähigkeit des Beamten durch den Unfall beeinflusst?

nein       ja, auf folgende Weise:

Bemerkungen:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Ich erkenne die Feststellungen des Arztes, Fach-, Polizei- beziehungsweise Amtsarztes an.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Bezeichnung der Dienststelle sowie und Unterschrift des Arztes, Fach-, Polizei- beziehungsweise Amtsarztes

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Beamten oder Richters