

AMTSÄRZTLICHES ZEUGNIS (Übernahme in das Beamtenverhältnis)

Veranlasst von _____ mit Schreiben vom _____ Az.: _____

- ☐ Nach Vorgeschichte und Ergebnis der am _____ vorgenommenen Untersuchung
- ☐ auf Grund 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 Lehrkräften, besondere Anforderungen bezeichnen und bestätigen, dass sie erfüllt werden:

Der Eintritt vorzeitiger Dienstunfähigkeit oder ein über Jahre hinweg regelmäßiges krankheitsbedingtes Ausfallen und deshalb eine erheblich geringere Lebensdienstzeit sind

- ☐ nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erwarten
- ☐ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erwarten.

Gegebenenfalls:

- ☐ Herr/Frau _____ ist schwerbehindert.

Der Eintritt dauernder Dienstunfähigkeit oder ein über Jahre hinweg regelmäßiges krankheitsbedingtes Ausfallen vor Ablauf von fünf Jahren sind

- ☐ nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erwarten
- ☐ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit 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.

Hinweis bei Übernahme in den Schuldienst: Ein ausreichender Schutz gegen Masern gemäß § 20 Absatz 8 des Infektionsschutzgesetzes ist gegeben (zweimalige Impfung bzw. ärztlich nachgewiesene Immunität)

- ☐ ja ☐ nein

Falls nein: Eine Kontraindikation wurde mit ärztlichem Attest nachgewiesen: ☐ ja ☐ nein

Gesundheitsamt

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes/der Ärztin“