Ort, Datum

Tel. Durchwahl

Amtliche Begutachtung im vorzeitigen Zurruhesetzungsverfahren von Beamtinnen und Beamten zur Prüfung der Dienstfähigkeit Angaben zur Person

I. Anlass für das ärztliche Gutachten

Dienstvorgesetzte Stelle:
☐ Antrag des Beamten / der Beamtin auf vorzeitige Zurruhesetzung
☐ Zurruhesetzungsverfahren auf Veranlassung der Behörde
☐ Prüfung der Dienstfähigkeit nach erfolgter Zurruhesetzung

II. Angaben zur Person des Beamten / der Beamtin

1. Name	2. ggf. Geb.Name	3. Vorname
4. Geburtsdatum	5. Anschrift	6. Amtsbezeichnung / Besoldungsgruppe
7. Dienststelle		
8. Derzeit ausgeübte Funktion mit genauer Tätigkeitsbeschreibung (Beschreibung der Anforderungen des Aufgabenbereiches, besondere pyhsische und psychische Belastungen, ggf. unter Berücksichtigung besonderer Aufgaben, Nebentätigkeiten im öffentlichen Dienst)		

9. Wöchentliche Arbeitszeit (Stunden), ggf. unter Angabe von in Anspruch genommenen Ermäßigungen und Freistellungen (z.B. Altersermäßigung, Schwerbehindertenermäßigung, Arbeitsversuch gemäß § 2 Abs. 4 Arbeitszeitverordnung) sowie besonderen zeitlichen Belastungen.

_____

10. Bisheriger Krankheitsverlauf, Fehlzeitentwicklung der letzten sechs Monate (Anzahl und Verteilung), soweit möglich unter Angabe der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (Der Zeitraum bestimmt sic h nach Relevanz für die Beurteilung der Dienstunfähigkeit, mindestens der Zeitraum der letzten sechs Monate)

11. Die Beamtin / der Beamte ist derzeit

    ☐ nicht dienstunfähig erkrankt

    ☐ dienstunfähig erkrankt seit_____

12. Die Beamtin / der Beamte hat innerhalb der letzten sechs Monate mehr als drei Monate keinen Dienst verrichtet

    ☐ nein

    ☐ ja, insgesamt_____

13. Beobachtete Leistungseinschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten und deren Auswirkungen auf die Erfüllung der Dienstaufgaben

14. Bisher ergriffene Maßnahmen der Präventionen und Entlastung sowie Arbeitsversuche der Beamtin oder des Beamten und ihr Erfolg (z.B. Mitarbeitergespräche, ambulante und/oder stationäre Behandlungen) und soweit möglich Begründung, warum diese aus Sicht der dienstvorgesetzten Stelle nicht erfolgreich waren.

15. Anerkennung einer Schwerbehinderung / Gleichstellung

☐ liegt nicht vor

☐ liegt vor, GdB____ ☐ ist beantragt ☐ Nein

Folgende Nachteilsausgleiche sind zuerkannt worden:

Ergänzende Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift

Ergänzende Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift