



Gesundheitszeugnis

im Zusammenhang mit der Versetzung von Beamtinnen/Beamten in den vorzeitigen
Ruhestand wegen Dienstunfähigkeit

Personalbewirtschaftende Dienststelle:

(Stempel)

Anlass für das Gesundheitszeugnis:

- ☐ eventuelle Versetzung in den vorzeitigen Ruhestand auf Antrag der Beamtin/des Beamten
☐ eventuelle Versetzung in den vorzeitigen Ruhestand auf Veranlassung des Dienstherrn

I. ANGABEN ZUR PERSON der Beamtin/des Beamten:

1. Name

Vorname

2. Amts-/Dienstbezeichnung

3. Geburtsdatum

4. Besoldungsgruppe

5. Beschäftigungsbehörde

6. Derzeit ausgeübte Tätigkeit: (Beschreibung des Arbeitsplatzes, Erkenntnisse der/des Vorgesetzten)

7. Möglicher Einsatz auf einem anderen Arbeitsplatz: (Beschreibung)

8. Erkenntnisse über außerdienstliches Engagement, außerdienstliche Belastungen – soweit für die Beurteilung der
Dienstunfähigkeit relevant: (z.B. Nebentätigkeiten, Ehrenämter)





9. Ist die Beamtin/der Beamte derzeit erkrankt?

☐ ja, seit

☐ nein

frühere Fehlzeiten: (z.B. in welchen Zeiträumen, immer nur zu bestimmten Zeitpunkten)

10. Soziale Auffälligkeiten: (Erkenntnisse dürfen sich nur auf Tatsachen stützen und nicht auf Mutmaßungen oder Gerüchte)

Alkohol-/Drogenprobleme

besondere Vorkommnisse/ Besonderheiten

11. Vorhandene relevante Gutachten:

☐ amtsärztliches Gutachten

☐ fachärztliches Gutachten

12. Liegt eine anerkannte Schwerbehinderung vor?

☐ ja, GdB seit

☐ nein

Sind Nachteilsausgleiche anerkannt worden?

☐ ja, welche?

☐ Nein

13. Untersuchungsauftrag:

Wir bitten festzustellen, ob:

☐ eine dauernde Dienstunfähigkeit vorliegt

☐ eine eingeschränkte Dienstfähigkeit vorliegt

☐ eine Polizeidienstfähigkeit vorliegt

☐ die Herstellung (z. B. Reha-Maßnahme) möglich ist

☐ die Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz (Beschreibung der neuen Tätigkeit) angesichts des Gesundheitszustandes möglich ist

☐ Sonstiger Antrag

Ort, Datum

Unterschrift





II. GESUNDHEITSZEUGNIS (vom Gesundheitsamt auszufüllen)

1. Frau/Herr

wurde amtsärztlich untersucht am

☐ ausgewiesen durch (z.B. Ausweis, Nr.)

☐ persönlich bekannt

2. War aus Sicht der Amtsärztin/des Amtsarztes noch eine weitere Untersuchung erforderlich?

☐ ja (Falls ja, Angabe der Fachrichtung und Datum der Stellungnahme)

☐ nein

3. Diagnosen mit Symptombeschreibung:

4. Ist die Beamtin/ der Beamte z. Zt. in der Lage, auf dem jetzigen Arbeitsplatz Dienst zu verrichten?

☐ ja

☐ nein

5. Sind zur Verbesserung oder Wiederherstellung der Dienstfähigkeit Behandlungsmaßnahmen erfolgversprechend?

☐ ambulante ärztliche Behandlung

☐ Heilkur

☐ Krankenhausbehandlung

☐ Sonstige

☐ keine, weil

6. Wird es für aussichtslos gehalten, dass innerhalb der nächsten sechs Monate die volle Dienstfähigkeit wiederhergestellt ist?

☐ ja

☐ nein

Begründung:





7. Besteht eine eingeschränkte Dienstfähigkeit im bisherigen Aufgabenbereich?

(Beispiele: Kein Publikumsverkehr, Unterbrechungen erforderlich, Reduzierung der Arbeitszeit erforderlich, nur Arbeiten ohne Zeitdruck)

☐ ja, (welche?)

☐ nein

Begründung:

8. Wird die Beamtin/ der Beamte wegen körperlicher Gebrechen oder Schwäche ihrer/seiner körperlichen oder geistigen Kräfte für dauernd unfähig gehalten, die Dienstpflichten einer/eines

Amts-/Dienstbezeichnung

☐ ja

☐ nein

9. Ist die Beamtin/ der Beamte für eine anderweitige Verwendung gesundheitlich geeignet?

☐ ja

☐ nein

Begründung:

10. Gesamtbeurteilung:

(Zusammenfassung der amtsärztlichen Erkenntnisse und Beurteilungen, soweit sie für die beamtenrechtliche Entscheidung notwendig sind)

11. Wird im Fall der Versetzung in den Ruhestand eine Nachuntersuchung für zweckmäßig gehalten?

☐ ja, in

☐ nein, weil

Gesundheitsamt; Ort, Datum

Unterschrift der Amtsärztin/des Amtsarztes

