|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Stempel der Schule bzw. des Staatlichen Schulamtes | | | | | | |  | AMTSÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG  WEGEN  PRÜFUNG DER DIENSTFÄHIGKEIT | | | |
|  | hier: | |  |  |
|  | Name, Geb.-Datum | | | |
|  | | | | | | |  |  | | | |
|  | | | | | | |  |  | | | |
|  | | | | | | |  |  | | | |
| Regierungspräsidium Freiburg | | | | | | |  | Bitte folgende Anlagen beifügen: | | | |
| **Abteilung 7** | | | | |  |  |  | * Stundenplan (doppelt) | | | |
| Ref. | | 72 |  | | | |  | * Kopie des Abwesenheitsblattes der | | | |
| **79095 Freiburg i. Br.** | | | | | | |  | letzten 3 Jahre (doppelt) | | | |
|  | | | | | | |  |  | | | |
|  | | | | | | |  |  | | | |
| **1.** | **Die Beamtin / der Beamte übt derzeit folgende Tätigkeiten mit Sonderaufgaben an der Schule aus:** (Beschreibung des Anforderungsprofils des Dienstpostens einschließlich der Angabe zu den gegenwärtigen Wochenarbeitsstunden; ggf. Hinweis auf ausgeübte Nebentätigkeiten; Nummer 29.2 BeamtVwV) | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
| **2.** | **Folgende physische und psychische Anforderungen und Belastungen gibt es am Arbeitsplatz:** (z.B. soziale Brennpunktschule, Ganztagesbetrieb o.ä.) | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
| **3.** | **Folgende Fehlzeiten sind Anlass für die Beauftragung des amtsärztlichen Gutachtens (konkrete und lückenlose Auflistung der Fehlzeiten innerhalb der letzten sechs Monate:** | | | | | | | | | | |
|  | Erkrankung vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
|  | Krankschreibung von folgenden Ärzten bzw. aus folgenden medizinischen Fachgebieten: | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
| 5493-06/11.17 |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
| **4.** | **Es wurde innerhalb der letzten sechs Monate mehr als drei Monate kein Dienst geleistet:** | | | | | | | | | | |
|  | Ja | | | | | | | | | | |
|  | Nein | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
| **5.** | **Die Erkrankung wirkt sich auf die Erfüllung der Dienstaufgaben wie folgt aus (konkrete Darlegung der bestehenden gesundheitsbezogenen Leistungseinschränkungen):**  (Beispiele: Zunahme von Fehlzeiten, Leistungsschwankungen, Abnahme Quantität und/oder Qualität der Arbeitsverrichtung, erhöhte Fehlerrate, unzureichende Umsetzung von Vorgaben oder Absprachen) | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
| **6.** | **Folgende Maßnahmen hat die Dienststelle bisher ergriffen, um die Beamtin/den Beamten zu unterstützen und ihre/seine Dienstfähigkeit zu erhalten (Maßnahmen der Prävention, Rehabilitation und zur Entlastung der Beamtin/des Beamten):**  (Beispiel: Mitarbeitergespräche, Betriebliches Eingliederungsmanagement, gestufte Wieder-aufnahme des Dienstes, Beratung/Betreuung nach der Dienstvereinbarung Sucht) | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
| **7.** | **Aus folgenden Gründen waren diese Maßnahmen nicht erfolgreich:** | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
| **8.** | **Sonstige Umstände, die für die Beurteilung der Dienstfähigkeit der Beamtin / des Beamten wesentlich sind:** | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | |
| Ort, Datum | | | |  | | | | | Unterschrift Schulleitung bzw. Staatliches Schulamt | | |