|  |  |
| --- | --- |
| **Hessisches Amt für Versorgung** **und Soziales**  | logo_sw |

|  |  |
| --- | --- |
|       | Aktenzeichen: Dst.-Nr.:      Bearbeiter.      Durchwahl:      Fax:      E-Mail:      Datum:       |
|       |

**Untersuchungen der Beamtinnen und Beamten auf Dienstfähigkeit im Sinne von § 26 Abs. 1 S. 4 und § 27 BeamtStG i.V.m. §§ 36 ff. HBG (allgemeine Dienstfähigkeit)**

**Dortiges Schreiben vom** **mit Aktenzeichen**

**Zur Person:**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Amts-/Dienstbezeichnung:

Laufbahnzweig:

Justizvollzugsbehörde:

Personalnummer:

**Ärztliches Gesundheitszeugnis**

**I. Grundlage der Beurteilung der Vollzugsdienst- und Dienstfähigkeit ist:**

[ ]  persönliche Untersuchung vom       durch Unterzeichner/in

[ ]  fachärztliche Zusatzbegutachtung vom       durch

[ ]  aktenmäßige Stellungnahme/Begutachtung vom

Im Rahmen der Untersuchung sind ferner folgende Gutachten/Befunde berücksichtigt worden:

Beschreibung der Gutachtens/der Befunde:

**II. Allgemeine Stellungnahme, ob Dienstfähigkeit oder Dienstunfähigkeit oder Teildienstfähigkeit vorliegt**

1. Ist die Beamtin/der Beamte **derzeit** in der Lage, auf dem jetzigen Arbeitsplatz uneingeschränkt ihren/seinen Dienst zu verrichten?
2. [ ]  Ja.
3. [ ]  Ja, aber nur nach Durchführung einer Wiedereingliederungsmaßnahme.

Beschreiben Sie bitte, wie ein Wiedereingliederungsplan aussehen sollte:

1. [ ]  Nein.
2. Beschreiben Sie bitte den **derzeitigen** Zustand der Beamtin/des Beamten (z. B. akute Erkrankung, Exazerbation eines chronischen Leidens, progredienter Verlauf, Therapieresistenz, Behandlungsbedarf etc.)?

**Im Falle einer Nachuntersuchung:**

Wie hat sich der Zustand der Beamtin/des Beamten im Vergleich zur letzten Untersuchung entwickelt (verbessert, gleichbleibend, verschlechtert)?

1. Ist mit der Wiederherstellung der uneingeschränkten Dienstfähigkeit im derzeit ausgeübten Amt der Beamtin/des Beamten **innerhalb der nächsten sechs Monate** zu rechnen?
2. [ ]  Ja, in voraussichtlich       Tagen/Wochen/Monaten.
3. [ ]  Nein, aber die Beamtin/der Beamte wird voraussichtlich in

Monaten/Jahren in der Lage sein, ihre/seine vollen Dienstpflichten im derzeit ausgeübten Amt zu erfüllen.

1. [ ]  Nein, die Beamtin/der Beamte wird nicht mehr in vollem Umfang, jedoch

noch während mindestens der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit für fähig gehalten, die Dienstpflichten im derzeit ausgeübten Amt zu erfüllen und zwar zu       Prozent (gemessen an der Vollzeittätigkeit).

1. [ ]  Nein, die Beamtin/der Beamte wird zukünftig **überhaupt nicht** mehr in der

Lage sein ihre/seine vollen Dienstpflichten im derzeit ausgeübten Amt zu erfüllen.

1. Beschreiben Sie bitte den erwarteten **zukünftigen** Verlauf der Erkrankung über den Zeitraum von sechs Monaten hinaus.

**III. Stellungnahme zur Teildienstfähigkeit**

Kann die Beamtin/der Beamte die Anforderungen der von der Dienstvorgesetzten/vom Dienstvorgesetzten beschriebenen Verwendung erfüllen?

1. [ ]  Ja.
2. [ ]  Ja, aber nur unter Berücksichtigung, der folgenden

Funktionseinschränkungen:

Vermeidung bzw. Reduzierung von

[ ]  Zeitdruck

[ ]  Personalverantwortlichkeit

[ ]  Publikumsverkehr

[ ]  Reisetätigkeit

[ ]  Umgang mit gesundheitsgefährdenden Stoffen

[ ]  Schichtarbeit

[ ]  Blockarbeit

[ ]  Arbeitszeit: Reduzierung der Arbeitszeit auf maximal       Stunden am Tag/       Tage im Monat

[ ]  Geräuschbelastung

[ ]  körperlicher Betätigung

[ ]  Tätigkeiten überwiegend im

[ ]  Sonstige, Beschreibung:

1. [ ]  Nein.

**IV. Stellungnahme zur anderweitigen Verwendung zur Vermeidung der**

 **Dienstunfähigkeit i. S. des § 26 Abs. 1 Satz 3 BeamtStG**

1. Welche Voraussetzungen muss eine anderweitige Einsatzmöglichkeit für die Beamtin/den Beamten haben?

Vermeidung bzw. Reduzierung von

[ ]  Zeitdruck

[ ]  Personalverantwortlichkeit

[ ]  Publikumsverkehr

[ ]  Reisetätigkeit

[ ]  Umgang mit gesundheitsgefährdenden Stoffen

[ ]  Schichtarbeit

[ ]  Blockarbeit

[ ]  voller Arbeitszeit: Reduzierung der Arbeitszeit auf maximal       Stunden am Tag/       Tage im Monat

[ ]  Geräuschbelastung

[ ]  körperlicher Betätigung

[ ]  Tätigkeiten überwiegend im

[ ]  Sonstige, Beschreibung:

1. Beschreiben Sie die Tätigkeiten, die die Beamtin/der Beamte überhaupt noch

 wahrnehmen kann:

**V. Geeignete und zumutbare Maßnahmen zur Wiederherstellung der**

**Dienstfähigkeit i. S. d. § 29 Abs. 4 BeamtStG**

1. Sind die vom behandelnden Arzt verordneten Behandlungsmaßnahmen zur Erhaltung der Teildienstfähigkeit bzw. der Wiederherstellung der vollen Dienstfähigkeit erfolgversprechend?
2. [ ]  Ja.
3. [ ]  Ja, aber nur unter Berücksichtigung, der folgenden Einschränkungen bzw.

Änderungen des Therapieverlaufs:

[ ]  Verkürzung der Therapie

[ ]  Verlängerung der Therapie

[ ]  Durchführung in anderer Einrichtung

[ ]  Stationäre Behandlung

[ ]  Ambulante Behandlung

[ ]  Sonstige, Beschreibung:

1. [ ]  Nein, weil
2. Wird im Fall der (Teil-) Dienstunfähigkeit eine Nachuntersuchung für zweckmäßig gehalten? Wenn ja, in welchem Zeitraum? Wenn nein, begründen Sie bitte warum nicht!
3. [ ]  Ja, in       Jahren.
4. [ ]  Nein, weil

**VI. Weitere Hinweise**

1. Gibt es Hinweise auf mögliche Absprachen zwischen der Beamtin/dem Beamten und der/dem behandelnden Ärztin/Arzt? Beschreiben Sie bitte!

1. Gibt es Hinweise auf mögliche personelle Konflikte am Arbeitsplatz?

 Beschreiben Sie bitte!

**3.** Sonstiges:

**4.** **Bei Vorliegen einer Schwerbehinderung:**

[ ]  Die vorstehenden Feststellungen wurden unter Berücksichtigung der Richtlinie zur Integration und Teilhabe schwerbehinderter Angehöriger der hessischen Landesverwaltung – Teilhaberichtlinie – in ihrer jeweils gültigen Fassung getroffen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum (Name, Amts-/Dienstbezeichnung, Unterschrift Ärztin/Arzt HAVS)