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

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

**Untersuchungen der Beamtinnen und Beamten des allgemeinen Vollzugsdienstes, Werkdienstes und Krankenpflegedienstes auf Dienstfähigkeit im Sinne von § 26 Abs. 1 S. 4 und § 27 BeamtStG i.V.m. §§ 114, 111 Abs. 1 HBG (Vollzugsdienst- und Dienstfähigkeit)**

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

**Zur Person:**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Amts-/Dienstbezeichnung:

Laufbahnzweig:

Justizvollzugsbehörde:

Personalnummer:

**Amtsärztliches Gesundheitszeugnis**

**gemäß §§ 111 Abs. 1 S. 2, 114 S. 2 HBG**

1. **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:

1. **Angaben zum derzeitigen Gesundheitszustand der Beamtin/des Beamten** (z.B. akute Erkrankung, Exazerbation eines chronischen Leidens, progredienter Verlauf, Therapieresistenz etc.)

Die Beamtin/ der Beamte ist **derzeit**

1. [ ]  in der Lage,
2. [ ]  nicht in der Lage,

ihren/seinen vollen Dienstpflichten unter Berücksichtigung der besonderen gesundheitlichen Anforderungen an den Dienst im zu genügen.

1. **Prognoseentscheidung (nur wenn 2 b zutrifft):**

Mit der Wiederherstellung der vollen Verwendungsfähigkeit für den  ist

1. [ ]  innerhalb der nächsten 2 Jahre zur rechnen und zwar voraussichtlich in    Monaten.
2. [ ]  innerhalb der nächsten 2 Jahre nicht zu rechnen.
3. [ ]  überhaupt nicht mehr zu rechnen.

Begründung:

1. **Bei Feststellung der Vollzugsdienstunfähigkeit (siehe Nr. 3 b) und c))**
2. [ ]  Die Möglichkeit einer Weiterverwendung der Beamtin/des Beamten

 im  besteht aus ärztlicher Sicht nur unter Berücksichti-

gung folgender Funktionseinschränkungen:

 Vermeidung von

 [ ]  besonderen Arbeitszeiten

 [ ]  Schichtdienst

 [ ]  Wechselschichtdienst

 [ ]  Nachtdienst (22.00 Uhr – 6.00 Uhr)

 [ ]  Heben und Tragen von Lasten (nicht mehr als     kg)

 [ ]  Personalverantwortlichkeit

 [ ]  zeitlicher Arbeitsumfang von mehr als    von Hundert der

regelmäßig wöchentlichen Arbeitszeit einer/eines vollbeschäftigten Beamtin/Beamten

 [ ]  Geräuschbelastung

 [ ]  Kontakt mit gesundheitsgefährdenden Stoffen wie

 [ ]  Tätigkeiten überwiegend im

 [ ]  Sonstiges:

1. [ ]  Die Weiterverwendung der/des vollzugsdienstunfähigen Beam-

tin/Beamten im  kommt aus gesundheitlichen Gründen – auch unter Berücksichtigung von Funktionseinschränkungen –

nicht in Betracht.

Begründung:

1. **Bei Feststellung der Vollzugsdienstunfähigkeit (bitte immer ausfüllen, auch wenn 4 a. angekreuzt wurde).**

[ ]  Die Beamtin/der Beamte ist gesundheitlich geeignet für den

allgemeinen Verwaltungsdienst/mittleren Justizdienst, Laufbahnzweig Vollzugs- und Verwaltungsdienst, einschließlich der erforderlichen Qualifizierungsmaßnahmen (Ausbildung, Fortbildung).

[ ]  Die Beamtin/der Beamte ist gesundheitlich nicht geeignet für den allgemei-

nen Verwaltungsdienst/mittleren Justizdienst, Laufbahnzweig Vollzugs- und Verwaltungsdienst (allgemeine Dienstunfähigkeit).

Begründung:

1. **Sonstiges:**

1. **Nachuntersuchung**

Eine Nachuntersuchung wird empfohlen in

[ ]

[ ]  ist nicht erforderlich, weil

1. **Maßnahmen**

Zum Erhalt/zur Wiederherstellung der Vollzugsdienstfähigkeit bzw. der allgemeinen Dienstfähigkeit sollten folgende Maßnahmen durchgeführt werden:

1. **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)