

# Beurteilungsgrundlage

(bleibt im ärztlichen Dienst)

# Gesundheitsreferat

GSR-GS-AG Ärztliche Gutachten

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Name, Geburtsname, Vorname		
geb. am	in	ggf. Beruf
Tel.-Nummer:		
wohnhaf in (Straße, Haus-Nr. PLZ, Wohnort)		
<input type="checkbox"/> amtsbekannt	ausgewiesen durch:	<input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Personalausweis
Welches Examen?		
Datum und Dauer der Prüfung		
Welche Gesundheitsstörungen machen Sie geltend?		
Wurde wegen der Gesundheitsstörungen bereits ein Arzt aufgesucht?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name und Adresse des Arztes:		
Haben Sie wegen der angegebenen Gesundheitsstörungen bereits Medikamente genommen?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Welche?		
<b>Erklärung:</b>		
Ich habe dem untersuchenden Arzt alles mitgeteilt, was für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes von Bedeutung sein könnte.		
Ich bin damit einverstanden, dass die für die Begutachtung benötigten ärztlichen Befunde und Unterlagen dem Gesundheitsreferat, GSR-GS-AG -Ärztliche Gutachten zur Verfügung gestellt werden und dass das Gesundheitszeugnis an das zuständige Prüfungsamt weitergegeben wird. Mir ist bekannt, dass das Gesundheitszeugnis nicht nur die ärztliche Äußerung zur Prüfungsfähigkeit enthält, sondern auch die der Entscheidung zugrundeliegenden Gesundheitsstörungen und Diagnosen.		
_____		
Datum / Unterschrift		