|  |  |
| --- | --- |
| Dienststelle, Anschrift       | Bremen, 20.08.2024Ansprechpartner/-in:      Tel.:      E-Mail:       |

An

[ ]  Ärztliche Begutachtung zur Feststellung der Dienstunfähigkeit nach § 26 Abs. 1 **Satz 1** BeamtStG i.V.m. §§ 41, 44 BremBG

[ ]  Ärztliche Begutachtung nach § 26 Abs. 1 **Satz 2** BeamtStG i.V.m. §§ 41, 44 BremBG **(Vermutungsregel)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

unter Bezugnahme auf die Verfahrenshinweise bei Dienstunfähigkeit der Beamtinnen und Beamten vom 10. März 2020 wird um Erstellung eines ärztlichen Gutachtens gebeten, da Zweifel an der Dienstfähigkeit der Beamtin/des Beamten bestehen.

Sofern aus medizinischer Sicht zur Klärung der Dienstfähigkeit weitere Zusatzgutachten erforderlich sein sollten, bitte ich diese zu veranlassen und mich darüber einschließlich der beabsichtigten Terminierung zu benachrichtigen. Soweit es aus medizinischer Sicht für die Erstellung eines Zusatzgutachtens geboten sein sollte, dass sich die Beamtin oder der Beamte hierfür stationär beobachten lässt, so teilen Sie mir dies bitte mit, damit ich eine gesonderte Beauftragung und Anordnung der Untersuchung veranlassen kann.

Im Einzelnen werden folgende Angaben zur Person und zum Sachverhalt mitgeteilt:

1. **Name, Geburtsdatum und Personalnummer der zu untersuchenden Person:**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Personalnummer:

1. **Dienst- und Amtsbezeichnung der zu untersuchenden Person:**

1. **Kontaktdaten der zu untersuchenden Person**

Privatanschrift:

Telefonnummer:

1. **Angaben zum konkret-funktionellen Amt (Dienstposten) der betroffenen Person**

*(Welche Tätigkeiten übt die Beamtin/der Beamte aus = Beschreibung des konkret-funktionellen Amtes? (stichwortartige Beschreibung ggf. um Ergänzung eines Auszugs aus dem Geschäftsverteilungsplan, Hinweise auf besondere zusätzliche Aufgaben, bei Lehrpersonal Stundenplan, Beschreibung einer vom statusrechtlichen Amt abweichenden Verwendung, Nebentätigkeiten im öffentlichen Dienst, Abordnung))*

1. **Angaben zum abstrakt-funktionellen Amt der betroffenen Person**

*(Welche ggf. weiteren Tätigkeiten sind prägend für das Amt im abstrakt-funktionelle Sinne, das der Beamte oder die Beamtin gerade innehat (z.B. das Amt als Oberamtsrat bei einer bestimmten Behörde ohne Beschränkung auf einen bestimmten Dienstposten)? Z.B. Typische Tätigkeiten innerhalb dieses Amtes, allgemeine Anforderungen (körperlicher und geistiger Art) zur ordnungsgemäßen Dienstausübung)*

1. **Angaben zur wöchentlichen Arbeitszeit der betroffenen Person**

*(Angabe der wöchentlichen Arbeitszeit (ggf. Angabe von in Anspruch genommenen Anrechnungen, Ermäßigungen und Freistellungen wie Alters- oder Schwerbehindertenermäßigung, vorübergehend herabgesetzte Dienstfähigkeit bei Eingliederungen, begrenzter Dienstfähigkeit, Beurlaubungen, besonderen Belastungen))*

1. **Anlass für die Begutachtung der betroffenen Person**

[ ]  Antrag der Beamtin/ des Beamten

[ ]  Veranlassung der/ des Dienstvorgesetzten

[ ]  Nachuntersuchung gem. § 29 Abs. 5 S. 1 BeamtStG i.V.m. § 43 Abs. 2 BremBG

[ ]  Nachuntersuchung gem. § 29 Abs. 5 S. 2 BeamtStG i.V.m. § 43 Abs. 1 BremBG

1. **Angaben zu beobachteten Leistungseinschränkungen und ggf. zu durchgeführten entlastenden Maßnahmen**

*(Insbesondere ist auf etwaige besondere physische und psychische Belastungen hinzuweisen, denen die Beamtin oder der Beamte im Dienst ausgesetzt ist).*

1. **Angaben zu Zeiträumen und Umfang von krankheitsbedingten Fehlzeiten**

*(Hier sind nur Angaben zu den Fehlzeiten zu machen, soweit diese für die Beurteilung der Dienstunfähigkeit offensichtlich erforderlich sind; Hinweis, ob die Beamtin/der Beamt aktuell dienstunfähig erkrankt ist.)*

1. **Angaben zu Kontaktaufnahmen zum Arbeitsmedizinischen Dienst (AMD) und/oder zu den Integrationsfachdiensten (IFD)**

*(Zu welchen Diensten wurde Kontakt aufgenommen und welche daraus resultierenden Maßnahmen zur Abwendung drohender Dienstunfähigkeit wurden bereits durchgeführt?)*

1. **Angaben zu Rehabilitationsmaßnahmen**

*(hier sind nur Angaben zu machen, soweit diese Daten für die Beurteilung der Dienstunfähigkeit offensichtlich erforderlich sind.)*

1. **Angaben zu sonstigen Maßnahmen**

*(Welche sonstigen Maßnahmen hat die Dienststelle bisher besprochen, welche davon ergriffen, um die Beamtin/den Beamten zu unterstützen und ihre/seine Dienstfähigkeit zu erhalten? (Beispiele: Mitarbeitergespräche, Wiedereingliederung, Betriebliches Eingliederungsmanagement))*

1. **Angaben zu dokumentierten Konflikten am Arbeitsplatz**

*(Gibt es dokumentierte Konflikte am Arbeitsplatz; hat es Maßnahmen zu deren Bewältigung gegeben? Wenn ja welche?)*

1. **Angaben zu einer vorliegenden Schwerbehinderung/Gleichstellung der betroffenen Person**

[ ]  Schwerbehinderung / [ ]  Anerkannte Gleichstellung

Grad der Behinderung:       %

Beginn:

Anerkannte Nachteilsausgleiche (ggf. konkret benennen):

1. **Anlassbezogene ärztliche Befunde; ggf. weitere Auszüge oder Auskünfte aus der Personalakte**

*(hier ggf. Anlagen benennen)*

1. **Art der Untersuchung (nur bei Untersuchungen nach § 26 Abs. 1 Satz 1 BeamtStG angeben!)**

[ ]  allgemeinmedizinische Untersuchung

[ ]  Innere Medizin

[ ]  Orthopädie

[ ]  Psychiatrie/ Psychotherapie

1. **Beauftragung ggf. erforderlicher Zusatzbegutachtungen**

[ ]  Sofern aus ärztlicher Sicht eine fachärztliche Zusatzbegutachtung für erforderlich gehalten wird, erstreckt sich dieser Untersuchungsauftrag auf die jeweilige Zusatzbegutachtung.

Bei Bedarf können Sie weitere Informationen und Auskünfte aus der Personalakte erhalten. Soweit diese nicht ausreichen, kann die Personalakte eingesehen werden (§ 89 Abs. 1 i.V.m. Abs. 5 BremBG).

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

(Unterschrift Dienstvorgesetzte/-r)

Anlagen