

Anlage 1: Ärztliche Bescheinigung für die Anerkennung eines Dienstunfalls

Name, Vorname	Straße, Wohnort	Telefon privat: dienstlich:	
Dienst-/Amtsbezeichnung	Schule	Schulort	
Schulform	Schulamtsbezirk _____		
<input type="checkbox"/> Grundschule	<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Gesamtschule	<input type="checkbox"/> Laborschule
<input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/> Sekundarschule	<input type="checkbox"/> Primusschule	<input type="checkbox"/> Schule für Kranke
<input type="checkbox"/> Gemeinschaftsschule	<input type="checkbox"/> Berufskolleg	<input type="checkbox"/> Gymnasium	<input type="checkbox"/> Oberstufenkolleg
<input type="checkbox"/> Förderschule			
<input type="checkbox"/> Weiterbildungskolleg			
Ident-Nummer:	Schwerbehinderung ja <input type="checkbox"/> , ____ (GdB)		

Untersuchungsbefund des Arztes:

1. Unfallbedingte Befunde:

2. Unfallunabhängige Befunde:

3. Bezeichnung des unfallbedingten Körperschadens (mit genauer Angabe der Lokalisation und kritischer Stellungnahme zum ursächlichen Zusammenhang zwischen behauptetem Schaden und objektiven Feststellungen)

4. Besteht Dienstunfähigkeit:

nein ja, bis

5. Wird eine Nachuntersuchung vorgeschlagen:

nein ja, wann

6. Weitere ergänzende Angaben und Feststellungen:

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Arztes / der Ärztin)