

Anlage 1: Ärztliche Bescheinigung für die Anerkennung eines Dienstunfalls

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

Untersuchungsbefund des Arztes:

1. Bezeichnung des unfallbedingten Körperschadens (gesicherte Diagnose):

2. Unfallunabhängige Befunde:

3. Besteht Dienstunfähigkeit:

nein ja, bis

4. Wird eine Nachuntersuchung vorgeschlagen:

nein ja, wann

5. Weitere ergänzende Angaben und Feststellungen:

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Arztes / der Ärztin)