

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)

Name, Vorname, Straße, Wohnort		Telefon
Dienst-/Amtsbezeichnung	Schule	
Schulamtsbezirk (für Grund-, Haupt- und Förderschule)		
BI	HF	HX LIP MI
Aktenzeichen:		Schwerbehinderung ja , (GdB)

Bezirksregierung Detmold
- Dezernat 47.DU
Leopoldstr. 15
32756 Detmold.
auf dem Dienstweg

Gesehen und weitergeleitet
 Vermerk der Schulleitung Vermerk des Schulamtes

Dienstliche Erklärung

1. Aufgrund meines Dienstunfalls vom _____ war ich in der Zeit vom _____ bis zum _____ ~~A~~ aufgrund ärztlicher Bescheinigung dienstunfähig erkrankt.
2. Ich habe am ~~MM~~ _____ meinen Dienst wieder angetreten.

Hiermit erkläre ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum	Unterschrift