

**Von  
Ärztin/Arzt mit Anschrift**

Titel / Vorname / Name \_\_\_\_\_  
Arztbezeichnung \_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_  
Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_

**An  
Ärztin/Arzt mit Anschrift**

Titel / Vorname / Name \_\_\_\_\_  
Arztbezeichnung \_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_  
Postleitzahl Ort \_\_\_\_\_

**Zusätzliche ärztliche Untersuchung / Befunde**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

für die Erstellung eines ärztlichen Zeugnisses zur Übernahme in ein Beamtenverhältnis auf Probe für

Titel / Vorname / Name \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_  
Postleitzahl / Wohnort \_\_\_\_\_

müssen weitere ärztliche Untersuchungsergebnisse / muss ein fachärztliches Gutachten zu folgenden Befunden bzw. Diagnosen eingeholt werden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In dem ärztlichen Zeugnis zur Einstellung in ein Beamtenverhältnis auf Probe soll auf Grund des aktuellen Gesundheitszustandes eine prognostische Einschätzung der gesundheitlichen Eignung erfolgen und zu der Frage Stellung genommen werden, ob die besonderen Anforderungen des Dienstes erfüllt sind und ob mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit erheblichen krankheitsbedingten Fehlzeiten und/oder vorzeitiger, krankheitsbedingter Dienstunfähigkeit vor Erreichung der Altersgrenze zu rechnen ist.

Die entstehenden Kosten der ärztlichen Untersuchung trägt die zu untersuchende Person.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

**Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

**Ich entbinde die beteiligten Ärztinnen und Ärzte bezüglich oben genannter Auskünfte wechselseitig von der ärztlichen Schweigepflicht.** Mir ist bekannt, dass die Erklärung der wechselseitigen Schweigepflichtentbindung freiwillig ist. Ferner ist mir auch bekannt, dass eventuell fehlende ärztliche Auskünfte dazu führen können, dass die Erstellung eines ärztlichen Zeugnisses nur eingeschränkt oder auch gar nicht möglich ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu untersuchenden Person

(Eine Kopie verbleibt bei den Unterlagen der/des anfordernden Ärztin/Arztes.)