

Anlage 1: Ärztliche Bescheinigung für die Anerkennung eines Dienstunfalls

Name		Vorname	
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort
Schule			
Schulform			
<input type="checkbox"/> Grundschule	<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Gymnasium	
<input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/> Sekundarschule	<input type="checkbox"/> Laborschule	
<input type="checkbox"/> Gemeinschaftsschule	<input type="checkbox"/> Berufskolleg	<input type="checkbox"/> Schule für Kranke	
<input type="checkbox"/> Förderschule	<input type="checkbox"/> Gesamtschule	<input type="checkbox"/> Oberstufenkolleg	
<input type="checkbox"/> Weiterbildungskolleg	<input type="checkbox"/> Primusschule	<input type="checkbox"/> Zfsl BI/ DT/ PB/ MI	

Untersuchungsbefund der Ärztin/ des Arztes:

1. Bezeichnung des unfallbedingten Körperschadens (gesicherte Diagnose):

2. Besteht Dienstunfähigkeit:

nein ja, bis

3. Wird eine Nachuntersuchung vorgeschlagen:

nein ja, wann

Ort, Datum

Unterschrift/ Stempel der Ärztin/ des Arztes