

Stempel der Schule bzw. des Staatlichen Schulamtes

**AMTSÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG
WEGEN
PRÜFUNG DER DIENSTFÄHIGKEIT**

hier: _____
Name, Geb.-Datum

**Regierungspräsidium Freiburg
Abteilung 7
Ref. _____
79095 Freiburg i. Br.**

Bitte folgende Anlagen beifügen:

- Stundenplan (doppelt)
- Kopie des Abwesenheitsblattes der letzten 3 Jahre (doppelt)

1. Derzeit ausgeübte Funktion (Derzeitige Unterrichtsverpflichtung, Beschreibung des Anforderungsprofils des Dienstpostens, physische und psychische Belastungen, ggf. Nebentätigkeiten):

a) Sonderaufgaben an der Schule: _____

b) Nebentätigkeiten: _____

c) Sonstiges (z. B. soziale Brennpunktschulen, Ganztagesbetrieb o. ä.): _____

2. Auswirkungen der gesundheitsbezogenen Leistungseinschränkungen auf die Erfüllung der Dienstaufgaben (z. B. Unterrichtsausfall, häufige kurzfristige Fehlzeiten etc.):

3. Ggf. bisher ergriffene Maßnahmen der Prävention, Rehabilitation und Entlastung der Lehrkraft und ihr Erfolg (z. B. Anrechnungsstunden, Deputatsermäßigungen etc.):

5493-06/03.04

Ort, Datum

Unterschrift Schulleitung bzw. Staatliches Schulamt