

Vertraulich – Verschlossen

Landesamt für Gesundheit und Soziales
Zentrale Medizinische Gutachtenstelle
ZMGA

Geschäftszeichen:

Bearbeiter/in:

Zimmer:

Telefon: +49 30

Telefax: +49 30

E - Mail

Elektronische Zugangseröffnung gem. § 3a Abs. 1 VwVfG:

De-Mails richten Sie bitte an:

www.

Verkehrsverbindungen:

Datum

Zutreffendes ankreuzen

Bereichskennziffer _____

Kostenstelle _____

Kostenträger (Produkt, ...) _____

**Ärztliche Untersuchung vor
Berufung/Übernahme in ein
Beamtenverhältnis nach § 8 Abs. 2
des Landesbeamtengesetzes (LBG)**

**Ärztliche Untersuchung
nichtbeamteter Beschäftigter bzw.
Bewerberinnen und Bewerber**

**Ärztliche Untersuchung für
Auszubildende in Pflegeberufen
nach § 4 TVA-L Pflege**

**Ärztliche Untersuchung für Dual
Studierende nach § 4 TVdS-L**

**Augenuntersuchung gemäß § 6 des
Tarifvertrages über die
Arbeitsbedingungen von
Arbeitnehmern auf Arbeitsplätzen
mit Geräten der Informationstechnik
(TV Infotechnik) – auch für
verbeamtete Dienstkräfte**

**Ärztliche Untersuchung vor
Berufung/Übernahme in ein
Richterverhältnis nach § 8 Abs. 2 LBG
i.V.m. § 10 des Richtergesetzes des
Landes Berlin (RiGBln)**

**Ärztliche Untersuchung für
Auszubildende nach § 4 TVA-L BBiG**

**Ärztliche Untersuchung für
Praktikantinnen und Praktikanten
nach § 4 TV-Prakt-L**

**Ärztliche Untersuchung für Dual
Studierende nach Abschnitt II Nr. 1
Abs. 2 der Richtlinie für duale
Studiengänge in der jeweiligen
Fassung**

Anlagen

Name (ggf. auch Geburtsname)	Vorname	Geburtsdatum		
Anschrift				
Telefon (dienstlich, ggf. privat)		E-Mail (dienstlich, ggf. privat)		
Vorgesehene Beschäftigung (Amts-, Dienst-, Berufsbezeichnung):			Voraussichtliches Einstellungs-/ Ernenndungsdatum	
<p><i>Genauere Tätigkeitsbeschreibung, Hinweise auf besondere körperliche Belastungen usw.</i></p>				
Zusätzliche Hinweise zum Auftrag				
(Vorgesehene) Rechtsstellung				
Beamtin/ Beamter	Richterin/ Richter	Beschäftigte/ Beschäftigter	Praktikantin/ Praktikant	Auszubildende/ Auszubildender
Dual Studierende/ Dual Studierender				

<i>Beamten- /Arbeitsverhältnis Dauer</i>		<i>Schwerbehinderung /Gleichstellung</i>	
<input type="checkbox"/> Unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis _____		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf. Grad der Behinderung/ Gleichstellung: _____ %	
<i>Arbeitszeit</i>			
<input type="checkbox"/> vollbeschäftigt		<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt _____ WoStd. (Vollbeschäftigung = _____ WoStd.)	
<i>Rechtsgrundlage</i>			
<input type="checkbox"/> § 8 Abs. 2 LBG		§ 8 Abs. 2 LBG i.V.m. § 10 RiGBln	
§ 3 Abs. 5 TV-L		arbeitgeberseitig festgelegte Einstellungsvoraussetzung	
§ 4 TVA-L BBiG		§ 4 TVA-L Pflege	
§ 4 TV Prakt-L		§ 4 TVdS-L	
Abschnitt II Nr. 1 Abs. 2 der Richtlinie für duale Studiengänge in der jeweiligen Fassung		§ 6 TV Infotechnik	
<i>Fehlzeitaufstellung</i>			
Jahr			
Mit Attest (Kalendertage)			
Ohne Attest (Kalendertage)			
<i>Weitere Hinweise (z.B. Beschreibung von Auffälligkeiten)</i>			

- Es ist beabsichtigt, eine Einstellung zum _____ vorzunehmen.
(nur bei Beschäftigten) Ablauf der Probezeit: _____
- zum _____ eine Berufung in das Beamtenverhältnis auf Widerruf vorzunehmen.
- zum _____ eine Berufung/Übernahme in das Beamtenverhältnis auf Probe/Richterverhältnis auf Probe vorzunehmen.
- zum _____ eine Berufung/Übernahme in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit/Richterverhältnis auf Lebenszeit vorzunehmen.
Ablauf der Probezeit: _____

Eine Einstellung vorbehaltlich der gesundheitlichen Eignung wurde vorgenommen (nur bei nichtbeamteten Beschäftigten möglich). Ablauf der Probezeit: _____

Bitte teilen Sie mit, ob für die vorgesehene Beschäftigung/Tätigkeit (bei vorübergehend Beschäftigten auch für den Fall der Übernahme auf unbestimmte Zeit) gesundheitliche Eignung vorliegt. Sollte die gesundheitliche Eignung derzeit nicht bestätigt werden können, bitte ich um Mitteilung, welche Maßnahmen ergriffen werden müssen, um diese herbeizuführen oder ob diese aus ärztlicher Sicht grundsätzlich ausgeschlossen ist.

An folgenden Tagen bitte ich, keinen Untersuchungstermin zu vergeben:

Sollte der Untersuchungstermin versäumt werden, teilen Sie dies bitte kurzfristig schriftlich bzw. über das elektronische Behördenpostfach _____ mit.

Im Auftrag