

Behörde, Postanschrift

•

---

---

---

---

---

•

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen

Bearbeitet von

E-Mail

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

Mein Zeichen (Bei Antwort angeben)

Telefon

Ort, Datum

## Gesundheitszeugnis

Für Ihre Einstellung in den niedersächsischen Landesdienst	
Für Ihre Übernahme in das Beamtenverhältnis auf	Lebenszeit Probe Widerruf
Zur Entscheidung, ob die Zahl Ihrer verbindlichen Unterrichtsstunden befristet ermäßigt werden kann	
Zur Entscheidung, ob nach Ihrem Dienstunfall erwerbsmindernde Folgen, die einen Grad von 25% ausmachen, zurückgeblieben sind.	Unfall vom
<b>ist ein amtsärztliches Gesundheitszeugnis erforderlich.</b>	
Ich habe daher die unten im durchgekreuzten Feld genannte Dienststelle gebeten, Sie vorzuladen und zu untersuchen. Unterrichten Sie bitte diese Dienststelle, falls Sie verhindert sein sollten.	
Ich bitte Sie, sich unter Vorlage der Anlage (als "Durchschrift für das Gesundheitsamt" gekennzeichnet) mit dem für Ihren Wohnort zuständigen Gesundheitsamt in Verbindung zu setzen.	

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrage

Dieses Schreiben wurde maschinell erstellt und ist daher ohne Unterschrift gültig.

~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~

Behörde, Postanschrift

~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen

Bearbeitet von

E-Mail

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

Mein Zeichen (Bei Antwort angeben)

Telefon

Ort, Datum

## Gesundheitszeugnis

Für Ihre Einstellung in den niedersächsischen Landesdienst	<b>A</b> <b>B</b> <b>C</b> <b>D</b>
Für Ihre Übernahme in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit Probe Widerruf	
Zur Entscheidung, ob die Zahl Ihrer verbindlichen Unterrichtsstunden befristet ermäßigt werden kann	
Zur Entscheidung, ob nach Ihrem Dienstunfall erwerbsmindernde Folgen, die einen Grad von 25% ausmachen, zurückgeblieben sind. Unfall vom	
ist ein amtsärztliches <b>Gesundheitszeugnis</b> erforderlich.	
Ich habe daher die unten im durchgekreuzten Feld genannte Dienststelle gebeten, Sie vorzuladen und zu untersuchen. Unterrichten Sie bitte diese Dienststelle, falls Sie verhindert sein sollten.	
Ich bitte Sie, sich unter Vorlage der Anlage (als "Durchschrift für das Gesundheitsamt" gekennzeichnet) mit dem für Ihren Wohnort zuständigen Gesundheitsamt in Verbindung zu setzen.	

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrage

↑  
**Hinweis für das Gesundheitsamt**  
(siehe auch nächste Seite)  
↓

Durchschrift für das Gesundheitsamt zur weiteren Veranlassung.

Regelmäßige Arbeitszeit/verbindl. Unterrichtsstunden
Krankheitsvorgang/Teile der Personalakten sind beigefügt (§ 92 Abs. 1 Satz 3 NBG)
Geburtsdatum der oder des Bediensteten

Ich bitte, mir das Zeugnis **unter Angabe meines Geschäftszeichens** zu übersenden.

Termin
--------

### Erläuterungen zu Buchstaben A - D

- A - Stellungnahme zur Frage der voraussichtlich uneingeschränkten gesundheitlichen Eignung für die Beschäftigung im Beamtenverhältnis auf Probe oder auf Widerruf und für eine spätere **Verwendung im Beamtenverhältnis auf Lebenszeit** sowie eines möglichen vorzeitigen Eintritts dauernder Dienstunfähigkeit (vgl. VV Nr. 2.1 Satz 2 zu § 8 NBG a. F.).\*  
Besonders sind auch das Hör- und Sehvermögen auf die Berufsanforderungen zu prüfen.
- B - **Bei Schwerbehinderten:**  
Stellungnahme zur Frage der geistigen und körperlichen Eignung für die Laufbahn sowie zur derzeitigen Dienstfähigkeit bzw. eines möglichen Eintritts dauernder Dienstunfähigkeit vor Ablauf der Probezeit (vgl. VV Nr. 2.2 zu § 8 NBG a. F.).\* Besonders sind auch das Hör- und Sehvermögen auf die Berufsanforderungen zu prüfen.
- A u. B - Für die Beurteilung der gesundheitlichen Eignung von **Diabetikerinnen und Diabetikern** sind die Richtlinien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (Anlage 1 der VV zum NBG a. F.)\* zu berücksichtigen.
- C - Stellungnahme zur Frage der gesundheitlichen Eignung für die Beschäftigung als Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer (TV-L), geringfügig beschäftigte Lehrkraft (TV-L).  
Besonders sind auch das Hör- und Sehvermögen auf die Berufsanforderungen zu prüfen.
- D - Feststellung, ob bis zur Herstellung der vollen Dienstfähigkeit eine zeitlich befristete Ermäßigung der Regelstundenzahl für erforderlich gehalten wird. Bitte geben Sie gegebenenfalls den Zeitraum und die Zahl der aus medizinischer Sicht möglichen zu leistenden Unterrichtsstunden an.

Sofern keine Gebührenfreiheit besteht, fügen Sie bitte Ihre Rechnung dem Gesundheitszeugnis bei. Gem. § 11 Abs. 1 der Gebührenordnung für Ärzte vom 09.02.1996 (BGBl. I S. 210) in der derzeit gültigen Fassung werden nur die einfachen Gebührensätze erstattet, soweit nicht eine abweichende Vereinbarung getroffen ist.

Sofern zusätzliche fachärztliche Untersuchungen erforderlich werden, bitte ich, vor der entsprechenden Beauftragung von mir eine Kostenübernahmeerklärung anzufordern, wenn Sie diese Kosten der zusätzlichen Untersuchung als Auslagen geltend machen wollen.

Zusätzliche Labor- und Röntgenuntersuchungen können Sie in eigener Zuständigkeit veranlassen. Die dadurch entstehenden Kosten werden nach dem Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG) von mir übernommen.

---

**\* Hinweis:**

Die VV Nr. 2.1 Satz 2 und Nr. 2.2 sowie die Anlage 1 zu § 8 NBG i. d. F. bis 31.03.2009 gelten bis zu einem Neuerlass fort, sofern sie den Regelungen des NBG i. d. F. ab 01.04.2009 nicht entgegenstehen.

<b>Weitere Hinweise</b>
-------------------------

Behörde, Postanschrift

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Entwurf**

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen

Bearbeitet von

E-Mail

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

Mein Zeichen (Bei Antwort angeben)

Telefon

Ort, Datum

**Gesundheitszeugnis**

Für Ihre Einstellung in den niedersächsischen Landesdienst	<b>A</b> <b>B</b> <b>C</b> <b>D</b>
Für Ihre Übernahme in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit Probe Widerruf	
Zur Entscheidung, ob die Zahl Ihrer verbindlichen Unterrichtsstunden befristet ermäßigt werden kann	
Zur Entscheidung, ob nach Ihrem Dienstunfall erwerbsmindernde Folgen, die einen Grad von 25% ausmachen, zurückgeblieben sind. Unfall vom	
ist ein amtsärztliches <b>Gesundheitszeugnis</b> erforderlich.	
Ich habe daher die unten im durchgekreuzten Feld genannte Dienststelle gebeten, Sie vorzuladen und zu untersuchen. Unterrichten Sie bitte diese Dienststelle, falls Sie verhindert sein sollten.	
Ich bitte Sie, sich unter Vorlage der Anlage (als "Durchschrift für das Gesundheitsamt" gekennzeichnet) mit dem für Ihren Wohnort zuständigen Gesundheitsamt in Verbindung zu setzen.	

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrage

**Hinweis für das Gesundheitsamt (siehe auch nächste Seite)**



2. Durchschrift an:

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

Durchschrift für das Gesundheitsamt zur weiteren Veranlassung.

Regelmäßige Arbeitszeit/verbindl. Unterrichtsstunden
Krankheitsvorgang/Teile der Personalakten sind beigefügt (§ 92 Abs. 1 Satz 3 NBG)
Geburtsdatum der oder des Bediensteten

3. Wv.

Ich bitte, mir das Zeugnis **unter Angabe meines Geschäftszeichens** zu übersenden.

Termin
--------

### Erläuterungen zu Buchstaben A - D

- A - Stellungnahme zur Frage der voraussichtlich uneingeschränkten gesundheitlichen Eignung für die Beschäftigung im Beamtenverhältnis auf Probe oder auf Widerruf und für eine spätere **Verwendung im Beamtenverhältnis auf Lebenszeit** sowie eines möglichen vorzeitigen Eintritts dauernder Dienstunfähigkeit (vgl. VV Nr. 2.1 Satz 2 zu § 8 NBG a. F.).\*  
Besonders sind auch das Hör- und Sehvermögen auf die Berufsanforderungen zu prüfen.
- B - **Bei Schwerbehinderten:**  
Stellungnahme zur Frage der geistigen und körperlichen Eignung für die Laufbahn sowie zur derzeitigen Dienstfähigkeit bzw. eines möglichen Eintritts dauernder Dienstunfähigkeit vor Ablauf der Probezeit (vgl. VV Nr. 2.2 zu § 8 NBG a. F.).\* Besonders sind auch das Hör- und Sehvermögen auf die Berufsanforderungen zu prüfen.
- A u. B - Für die Beurteilung der gesundheitlichen Eignung von **Diabetikerinnen und Diabetikern** sind die Richtlinien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (Anlage 1 der VV zum NBG a. F.)\* zu berücksichtigen.
- C - Stellungnahme zur Frage der gesundheitlichen Eignung für die Beschäftigung als Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer (TV-L), geringfügig beschäftigte Lehrkraft (TV-L).  
Besonders sind auch das Hör- und Sehvermögen auf die Berufsanforderungen zu prüfen.
- D - Feststellung, ob bis zur Herstellung der vollen Dienstfähigkeit eine zeitlich befristete Ermäßigung der Regelstundenzahl für erforderlich gehalten wird. Bitte geben Sie gegebenenfalls den Zeitraum und die Zahl der aus medizinischer Sicht möglichen zu leistenden Unterrichtsstunden an.

Sofern keine Gebührenfreiheit besteht, fügen Sie bitte Ihre Rechnung dem Gesundheitszeugnis bei. Gem. § 11 Abs. 1 der Gebührenordnung für Ärzte vom 09.02.1996 (BGBl. I S. 210) in der derzeit gültigen Fassung werden nur die einfachen Gebührensätze erstattet, soweit nicht eine abweichende Vereinbarung getroffen ist.

Sofern zusätzliche fachärztliche Untersuchungen erforderlich werden, bitte ich, vor der entsprechenden Beauftragung von mir eine Kostenübernahmeerklärung anzufordern, wenn Sie diese Kosten der zusätzlichen Untersuchung als Auslagen geltend machen wollen.

Zusätzliche Labor- und Röntgenuntersuchungen können Sie in eigener Zuständigkeit veranlassen. Die dadurch entstehenden Kosten werden nach dem Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG) von mir übernommen.

---

**\* Hinweis:**

Die VV Nr. 2.1 Satz 2 und Nr. 2.2 sowie die Anlage 1 zu § 8 NBG i. d. F. bis 31.03.2009 gelten bis zu einem Neuerlass fort, sofern sie den Regelungen des NBG i. d. F. ab 01.04.2009 nicht entgegenstehen.

<b>Weitere Hinweise</b>
-------------------------