

Dienststelle/Anschrift

An das  
Gesundheitsamt Bremen  
Amts- und Vertrauensärztlicher Dienst  
Hornerstr. 60/70  
28203 Bremen

Auskunft erteilt

Zimmer  
Tel. (0421) 0421 / 361-  
Fax (0421) 0421 / 496-

E-Mail:  
Datum und Zeichen  
Ihres Schreibens

Mein Zeichen  
(bitte bei Antwort angeben)

Bremen,

### **Amtsärztliche Untersuchung gemäß der allgemeinen Arbeitsbedingungen in § 3 TVöD bzw. TV-L**

Sehr geehrte Damen und Herren,

unter Bezugnahme auf die obige Tarifvorschrift wird um Erstellung eines amtsärztlichen Gutachtens gebeten. Es bestehen begründete Zweifel, ob die/der nachfolgend benannte Tarifbeschäftigte, zur Leistung ihrer/seiner arbeitsvertraglich geschuldeten Leistung in der Lage ist.

Im Einzelnen werden folgende Angaben zur Verfügung gestellt:

1.	<i>Name, Vorname, Geburtsdatum, Personalnummer:</i>
2.	<i>Privatanschrift, Telefonnummer:</i>
3.	<i>Tätigkeitsbezeichnung aus dem Arbeitsvertrag (z. B.: Verwaltungsbeschäftigte/r, technische/r Beschäftigte/r) oder geschützte Berufsbezeichnung (z. B.: Erzieher/-in, Krankenpfleger/-in, Ergotherapeut/-in):</i>
4.	<i>Angaben zur konkret ausgeübten Tätigkeit (z. B.: ausführliche Beschreibung der tatsächlich wahrgenommenen Tätigkeit, Umfang von Publikumsverkehr, Belastungen durch Schichtdienst, Lärm sowie Unterbrechungen durch Telefonate und Anzahl der Personen im Büro, Auszug aus dem Geschäftsverteilungsplan, Hinweise auf besondere zusätzliche Aufgaben, bei Lehrpersonal Stundenplan, Beschreibung eines vom Arbeitsplatz abweichenden Einsatzes, Nebentätigkeiten im öffentlichen Dienst, Abordnung):</i>

**Dienstgebäude**  
Rudolf-Hilferding-Platz 1  
(Haus des Reichs)  
28195 Bremen  
Internet: <http://www.finanzen.bremen.de/>

**Briefkästen**  
Richtweg 25  
Rövekamp 12

**Eingang**  
Rudolf-Hilferding-Platz 1



**Telefax**  
(0421) 361 2965

**Bankverbindungen**  
Bremer Landesbank (BLZ 290 500 00) Kto. 1070115000  
Sparkasse Bremen (BLZ 290 501 01) Kto. 1090653  
Deutsche Bundesbank,  
Filiale Bremen (BLZ 290 000 00) Kto. 29001565

5.	Angaben zu den Anforderungen an die abstrakte Tätigkeit, die mit bestimmten Tätigkeitsmerkmalen der entsprechenden Entgeltgruppen zusammenhängen, ohne Beschränkung auf den bestimmten Arbeitsplatz. Typische Arbeiten innerhalb dieser Tätigkeiten, allgemeine Anforderungen (körperlicher und geistiger Art) zur ordnungsgemäßen Ausübung der Tätigkeit innerhalb der Entgeltgruppe:
6.	Angaben zu einer Schwerbehinderung (Grad, Beginn), zu einer anerkannten Gleichstellung und zu anerkannten Nachteilsausgleichen (konkret benennen):
7.	Wöchentliche Arbeitszeit (ggf. Angabe von in Anspruch genommenen Anrechnungen, Ermäßigungen und Freistellungen wie Altersermäßigung, Schwerbehindertenermäßigung, vorübergehend herabgesetzte Arbeitsfähigkeit bei Wiedereingliederung, befristete (Teil-) Erwerbsminderung, Beurlaubungen, besondere Belastungen):
8.	Anlass für die Untersuchung (Veranlassung der Untersuchung auf Antrag der Tarifbeschäftigten bzw. des Tarifbeschäftigten, der bzw. des Vorgesetzten oder durch den Arbeitgeber bzw. der jeweils zuständigen Behörde):
9.	Angaben zu den beobachteten Leistungseinschränkungen und ggf. zu bisher durchgeführten entlastenden Maßnahmen. Insbesondere ist auf etwaige besondere physische und/oder psychische Belastungen hinzuweisen, denen die Tarifbeschäftigte bzw. der Tarifbeschäftigte im Arbeitsverhältnis ausgesetzt ist:
10.	Angaben zu Zeiträumen und Umfang von krankheitsbedingten Fehlzeiten, soweit diese Daten für die Beurteilung der Einschränkung in die arbeitsvertraglich geschuldete Leistung erforderlich sind; Hinweis, ob die Tarifbeschäftigte bzw. der Tarifbeschäftigte aktuell arbeitsunfähig erkrankt ist; Hinweis, dass ein BEM stattgefunden hat bzw. angeboten wurde; BEM-Protokolle (Nutzung von BEM-Protokollen bedürfen des Einverständnisses der bzw. des zu Untersuchenden); Hinweis, ob der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MdK) zu einer Stellungnahme nach § 275 Abs. 1a Satz 2 SGB V gebeten wurde bzw. Stellungnahme des MdK; Protokolle von einschlägigen Personalgesprächen:
11.	Angaben zu Kontaktaufnahmen zum Arbeitsmedizinischen Dienst und/oder zu den Integrationsfachdiensten; Welche daraus resultierenden Maßnahmen zur Abwendung drohender Erwerbsminderung wurden bereits durchgeführt?:
12.	Angaben zu Rehabilitationsmaßnahmen, Kuren oder Krankenhausaufenthalten soweit diese Daten erforderlich sind:
13.	Ggf. Angaben zu dokumentierten Konflikten am Arbeitsplatz; hat es Maßnahmen zu deren Bewältigung gegeben? Wenn ja, welche?:
14.	Anlassbezogene ärztliche Befunde; ggf. weitere Auszüge oder Auskünfte aus der Personalakte:
15.	Art und Umfang der Untersuchung (bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> allgemeinmedizinische Untersuchung/Innere Medizin/Orthopädie <input type="checkbox"/> Neurologie/Psychiatrie/Psychotherapie):

16.	<i>Weitere Hinweise (ggf. unter Angabe der jeweiligen Feldbezeichnung):</i>
-----	---

Bei Bedarf können Sie weitere Informationen und Auskünfte aus der Personalakte erhalten. Soweit diese nicht ausreichen, kann die Personalakte eingesehen werden.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

**Anlagen**