



# Gesetz- und Verordnungsblatt

FÜR DAS LAND NORDRHEIN-WESTFALEN

**50. Jahrgang**

Ausgegeben zu Düsseldorf am 23. August 1996

**Nummer 36**

Glied.- Nr.	Datum	Inhalt	Seite
21260	31. 7. 1996	Verordnung über amtsärztliche Untersuchungen für den öffentlichen Dienst (GDSG VO) . . . . .	296

21260

**Verordnung  
über amtsärztliche Untersuchungen für den  
öffentlichen Dienst  
(GDSG VO)**

**Vom 31. Juli 1996**

Aufgrund des § 24 Abs. 5 Gesundheitsdatenschutzgesetz – GDSG NW – vom 22. Februar 1994 (GV. NW. S. 84) wird verordnet:

§ 1

Anwendungsbereich

Gesundheitszeugnisse werden zur Vorlage bei den personalverwaltenden Stellen des Landes, der Gemeinden, der Gemeindeverbände und der anderen der Aufsicht des Landes unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts aus Anlaß der Einstellung und auf deren Anforderung zur Überprüfung der Dienstfähigkeit und zur Untersuchung von vorzeitig zurruhesetzten Beamtinnen und Beamten erstellt.

§ 2

Inhalt und Form der Gesundheitszeugnisse

(1) Das Gesundheitszeugnis muß schlüssig und für die die Untersuchung veranlassende Stelle aus sich heraus verständlich sein. Auf den in der Anforderung bezeichneten Untersuchungszweck sowie auf die im Einzelfall dargelegten weiteren besonderen Anforderungen ist einzugehen. Bei uneingeschränkter Dienstfähigkeit reicht es aus, diese zu bescheinigen. Gesundheitliche Einschränkungen oder medizinische Risikofaktoren, die die Dienstfähigkeit beeinträchtigen, sind zu benennen.

(2) Das amtsärztliche Zeugnis in einem Zurrhesetzungsverfahren muß alle Angaben enthalten, die für die Entscheidung der personalführenden Stelle von Bedeutung sein können. Dazu zählen Angaben zur Art, Intensität und Dauer der Erkrankung, Möglichkeit einer späteren Wiederherstellung der Dienstfähigkeit, zur gesundheitlichen Eignung für eine andere Verwendung

sowie über Maßnahmen zur Wiederherstellung der Dienstfähigkeit. Auf Verlangen der personalführenden Stelle sind weitere Einzelangaben zu übermitteln und zu würdigen.

(3) Die Gesundheitsämter verwenden für das Gesundheitszeugnis die Muster der Anlage 1 oder 2. Das Gesundheitszeugnis ist in einem verschlossenen Umschlag unmittelbar dem anfordernden Bearbeiter zu übersenden; es darf den Untersuchten ausgehändigt werden, wenn sie die Untersuchung beantragt hatten.

Anlagen  
1 und 2

§ 3

Angaben zur Vorgeschichte  
und im Untersuchungsbefund

Zur Vorgeschichte und zum Untersuchungsbefund nach den Mustern der Anlagen 3 und 4 dürfen nur die personenbezogenen Daten erhoben und gespeichert werden, die zur Erstattung des Zeugnisses erforderlich sind.

Anlagen  
3 und 4

§ 4

Einwilligungserklärung

Die Einwilligungserklärung nach dem Muster der Anlage 5 muß bei Bewerberinnen und Bewerbern auch die Bestätigung enthalten, daß sie über den Umfang der Datenübermittlung unterrichtet wurden.

Anlage 5

§ 5

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am ersten Tag des auf ihre Verkündung folgenden dritten Kalendermonats in Kraft.

Düsseldorf, den 31. Juli 1996

Der Minister  
für Arbeit, Gesundheit und Soziales  
des Landes Nordrhein-Westfalen

Axel Horstmann

## Anlage 1 zu § 2

**Gesundheitsamt**\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Tel.-Durchwahl**Amtsärztliches Gesundheitszeugnis**

Name	ggf. Geb. Name	Vorname
geboren am	Anschrift	
auf Veranlassung/Auftrag von	Aktenzeichen	
Anlaß		

Grundlagen der Beurteilung: .....

.....

Ergebnis der Beurteilung<sup>1)</sup>

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nachuntersuchung: ..... Sonstige Maßnahmen: .....

Die der Beurteilung zugrunde liegenden Unterlagen und Befunde bleiben im Gesundheitsamt. Sie können bei konkreten Zweifeln soweit erforderlich angefordert werden (§ 24 Abs. 3 GDSG NW).

Die Amtsärztin / Der Amtsarzt

Im Auftrag

\_\_\_\_\_  
Ärztin / Arzt

Gebühr	DM
Tarifstelle	

<sup>1)</sup> Zusammenfassende und abschließende ärztliche Beurteilung mit einer auf das Endergebnis hinführenden schlüssigen, für die personalbewirtschaftenden Stellen nachvollziehbaren Begründung



## II. **Amtsärztliche Untersuchung**

(vom Gesundheitsamt auszufüllen)

1. Der Beamte / die Beamtin wurde amtsärztlich untersucht am .....

2. Sind für die Gesamtbeurteilung Stellungnahmen anderer Ärzte herangezogen worden?

ja                       nein

Ist aus der Sicht des Gesundheitsamtes noch eine weitere Untersuchung erforderlich?

ja                       nein

(Falls ja, Angabe der Fachrichtung und Datum der Stellungnahme falls bereits vorhanden)

3. **Diagnose und Gesamtbeurteilung**

(Bitte die Auswirkungen der Einzelkrankheiten und des Gesamtbefundes auf die Dienstfähigkeit, soweit dies zur Begründung der Personalentscheidung erforderlich ist, darlegen - ggf. zusätzliches Blatt beifügen. Dabei ist darauf zu achten, daß Rückschlüsse auf die Person des Untersuchten durch Dritte nicht möglich sind.)

4. Sind zur Erhaltung der Dienstfähigkeit, Verbesserung oder Wiederherstellung der Einsatzfähigkeit Behandlungsmaßnahmen erfolgversprechend?  
 ambulante ärztliche Behandlung                       Heilkur  
 Krankenhausbehandlung                                       Sonstige  
 keine, weil .....
5. Wird der Beamte / die Beamtin wegen körperlicher Einschränkungen oder Schwäche seiner/ihrer körperlichen oder geistigen Kräfte für dauernd unfähig gehalten, die Dienstpflichten eines/r ..... (Amts-/Dienstbezeichnung) auszufüllen?  
 ja                       nein
6. Wird es für aussichtslos gehalten, daß innerhalb von sechs Monaten die volle Dienstfähigkeit wieder hergestellt ist?  
 ja                       nein
7. Gesundheitliche Eignung für eine anderweitige Verwendung:  
 ja                       nein  
 Bestehen Funktionseinschränkungen und ggf. welche?  
 (Beispiele: Kein Publikumsverkehr, Pausen erforderlich, Reduzierung der Arbeitszeit erforderlich; nur Arbeiten ohne Zeitdruck)

.....

.....

.....

.....

.....

Die Amtsärztin / Der Amtsarzt

Im Auftrag

\_\_\_\_\_  
Ärztin / Arzt

Gebühr	
_____	DM
Tarifstelle	

## Anlage 3 zu § 3

**Gesundheitsamt**

**Angaben zur Vorgeschichte**  
**- Dieser Erhebungsbogen verbleibt im Gesundheitsamt -**

Name	ggf. Geb. Name	Vorname
.....		
geboren am	Anschrift	
.....		
auf Veranlassung/Auftrag von	Aktenzeichen	
.....		
Anlaß		
.....		

**Eigene Vorgeschichte**

Welche bedeutsamen Erkrankungen insbesondere an Herz, Lunge, Leber, Niere, Magen, Darm, Schilddrüse, Wirbelsäule, Knochen und Gelenken sowie Allergien und Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?  
 Zeitpunkt / Erläuterungen

Stat. Krankenhausbehandlungen  
 Sanatoriumsaufenthalte/Heilkuren  
 Zeitdauer/Jahr/Erläuterungen

	<b>nein</b> ↓	<b>ja</b> ↓
Sind Folgen von den vorgenannten Erkrankungen oder Verletzungen zurückgeblieben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Jetzige Beschwerden**

	<b>nein</b> ↓	<b>ja</b> ↓	<b>Erläuterungen</b>
1. Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Nachtschweiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. unklare Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Beschwerden beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Rückenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	<b>nein</b> ↓	<b>ja</b> ↓	<b>Erläuterungen</b>
1. Sind Sie z.Z. in ärztlicher Behandlung/ psychotherapeutischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Nehmen Sie z.Z. Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche?
3. Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Betätigen Sie sich regelmäßig sportlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Raucher? Extraucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit wann?      wieviel? seit wann?
6. Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tägliche Menge?
7. Nehmen Sie andere Drogen zu sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche?

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

## Anlage 4 zu § 3

**Gesundheitsamt****Untersuchungsdatum .....****Untersucher: .....****- Dieser Erhebungsbogen verbleibt im Gesundheitsamt -**

Name	ggf.Geb.Name	Vorname
geboren am	Anschrift	
auf Veranlassung/Auftrag von		Aktenzeichen
Anlaß		

**!Es sind nur Daten zu erheben, die zur Erstellung des angeforderten Gutachtens  
unbedingt erforderlich sind.!**

**Ergänzende Erhebungen zur Vorgeschichte (Teil I):**

Eigenanamnese: .....

Beschwerden: .....

Alkohol: .....

Nikotin: .....

Medikamente: .....

**Diagnosen und wichtige medizinische Befunde, auf denen das abschließende Urteil beruht:****Untersuchungsbefunde**Rö.-Thorax:  o.B. **Befund** .....Rö.-Skelett:  o.B. **Befund** .....EKG (Ruhe):  o.B. **Befund** .....EKG (Belastung):  o.B. **Befund** .....Labor  o.B. **Befund** .....**Weitere Untersuchungen**Sehtest:  o.B. **Befund** .....Hörtest:  o.B. **Befund** .....Lungen-Funktion:  o.B. **Befund** .....

Externe Untersuchungsbefunde: .....

Nachuntersuchung am: .....

**Neurologischer Befund:****1. Inspektion, Kopf und HWS:**

Erläuterungen: .....

**2. Hirnnerven:**

Erläuterungen: .....

**3. Reflexe und Motorik:**

Erläuterungen: .....

**4. Koordination und Sensibilität:**

Erläuterungen: .....

**5. Vegetatives Nervensystem**

Erläuterungen: .....

**Leib:**

Palpation/Auskultation auffällig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Leber auffällig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Milz auffällig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Nieren auffällig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	<input type="checkbox"/> entfernt	<input type="checkbox"/> re	
		<input type="checkbox"/> li	
Leisten - Lymphknoten auffällig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	(re/li)
- Bruchpforten auffällig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	(re/li)
äußeres Genitale auffällig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sonstiges: .....			

**Stütz- und Bewegungsapparat:**

Wirbelsäule:			
Fehlhaltung/Deformation	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
(wo?) .....			
Druck- und Klopfschmerz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Bewegungseinschränkung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Schober .....			cm
Finger-Bodenabstand .....			cm
Sonstiges: .....			
Extremitäten auffällig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Bewegungseinschränkungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Deformitäten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sonstiges: .....			

**Herz und Kreislauf:**

Herzgrenzen:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> verbreitert	
Herztöne auffällig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Herzgeräusche:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Rhythmus:	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> unregelmäßig	
Blutdruck .....			Puls/min. liegend (re/li)
			Puls/min. sitzend (re/li)
Gefäß-Status: Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
EKG			
Ergometrie			
Sonstiges: .....			

### Brustkorb

Atembewegung  normal  eingeschränkt  
 Lymphknoten vergrößert  nein  ja  
 Sonstiges: .....

### Lunge:

Dyspnoe: Ruhe  nein  ja  
 Belastung  nein  ja  
 Atemversch. beeintr.  nein  ja  
 Lungengrenzen auffällig  nein  ja  
 Klopfeschall (re) auffällig  nein  ja  
 Klopfeschall (li) auffällig  nein  ja  
 Atemgeräusche (re) auffällig  nein  ja  
 Atemgeräusche (li) auffällig  nein  ja  
 Sonstiges: .....

### Haut und Schleimhäute:

Zyanose.....  
 Exantheme.....  
 Ödeme.....  
 Sonstiges.....

### Kopf und Hals:

Hals:  
 Ohren:  
 Audiogramm (re).....dB  
 (li).....dB  
 Sonstiges:.....

### Rachenring:

Tonsillen reizlos  nein  ja  
 normal  nein  ja  
 vergrößert  nein  ja  
 zerklüftet  nein  ja  
 entfernt  nein  ja  
 Sonstiges: .....

### Gebiß:

Zähne: .....

Prothese: .....

Sonstiges: .....

### Augen:

Brille/Kontaktlinsen  nein  ja  
 Sehst ohne Glas (re)..... (li).....  
 mit Glas (re)..... (li).....  
 Farbensehen.....  
 Sonstiges:.....



## Gesundheitsamt

### Einwilligungserklärung nach dem GDSG NW

Name	Vorname	geb. am

### Einstellung von Bewerbern und Bewerberinnen in den öffentlichen Dienst

Ich bin damit einverstanden, daß die mir bekanntgegebene zusammenfassende Beurteilung und die folgenden Befunde

.....

.....

.....

.....

.....

der Dienststelle übermittelt werden. Über die Vorschrift des § 24 Abs. 3 und 4 GDSG bin ich unterrichtet worden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

**Einzelpreis dieser Nummer 4,40 DM**  
zuzügl. Porto- und Versandkosten

Bestellungen, Anfragen usw. sind an den A. Bagel Verlag zu richten. Anschrift und Telefonnummer wie folgt für

**Abonnementsbestellungen:** Grafenberger Allee 100, Fax (0211) 9682/229, Tel. (0211) 9682/238 (8.00–12.30 Uhr), 40237 Düsseldorf

Bezugspreis halbjährlich 57,- DM (Kalenderhalbjahr). Jahresbezug 114,- DM (Kalenderjahr), zahlbar im voraus. Abbestellungen für Kalenderhalbjahresbezug müssen bis zum 30. 4. bzw. 31. 10., für Kalenderjahresbezug bis zum 31. 10. eines jeden Jahres beim A. Bagel Verlag vorliegen.

Reklamationen über nicht erfolgte Lieferungen aus dem Abonnement werden nur innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Erscheinen anerkannt.

**In den Bezugs- und Einzelpreisen ist keine Umsatzsteuer i. S. d. § 14 UStG enthalten.**

**Einzelbestellungen:** Grafenberger Allee 100, Fax (0211) 9682/229, Tel. (0211) 9682/241, 40237 Düsseldorf

Von Vorabesendungen des Rechnungsbetrages – in welcher Form auch immer – bitten wir abzusehen. Die Lieferungen erfolgen nur aufgrund schriftlicher Bestellung gegen Rechnung. Es wird dringend empfohlen, Nachbestellungen des Gesetz- und Verordnungsblattes für das Land Nordrhein-Westfalen möglichst innerhalb eines Vierteljahres nach Erscheinen der jeweiligen Nummer beim A. Bagel Verlag vorzunehmen, um späteren Lieferschwierigkeiten vorzubeugen. Wenn nicht innerhalb von vier Wochen eine Lieferung erfolgt, gilt die Nummer als vergriffen. Eine besondere Benachrichtigung ergeht nicht.

Herausgeber: Landesregierung Nordrhein-Westfalen, Haroldstraße 5, 40213 Düsseldorf  
Herstellung und Vertrieb im Namen und für Rechnung des Herausgebers: A. Bagel Verlag, Grafenberger Allee 100, 40237 Düsseldorf  
Druck: TSB Tiefdruck Schwann-Bagel, Düsseldorf und Mönchengladbach  
ISSN 0177-5359