

**Ärztliches Zeugnis zur Feststellung der
Berufsunfähigkeit gemäß § 10 der Satzung
der Berliner Ärzteversorgung**



Mitgl.-Nr.:

Name des Mitgliedes:
(Antragsteller/in)

Geb. am:

**Dieses Zeugnis ist bitte vom untersuchenden Arzt/von der untersuchenden Ärztin eigenhändig
und auf Grund eigener Urteilsfindung auszufüllen und verschlossen direkt an die Berliner
Ärzteversorgung, Potsdamer Str. 47, 14163 Berlin-Zehlendorf, zu senden**

I. Allgemeine Angaben

1. a) Wann und wo wurde der/die Antragsteller/in untersucht? Datum: _____ Uhrzeit: _____
 in der Praxis anderer Ort:
- b) Seit wann ist Ihnen das Mitglied bekannt? seit _____ bisher unbekannt
2. Haben Sie das Mitglied schon früher untersucht oder behandelt? Wenn ja, wann und wegen welcher Erkrankungen oder Verletzungen? nein ja, wegen:
3. Wie erfolgte der Nachweis der Identität? persönlich bekannt
 Personalausweis-Nr. _____
4. Sind Sie mit dem Mitglied verwandt oder verschwägert? nein ja

II. Erklärung des Mitgliedes vor dem untersuchenden Arzt/vor der untersuchenden Ärztin

(Hinweis an den Untersucher/die Untersucherin: Die Seiten 1-3 bitte gemeinsam beantworten und jeweils unterschreiben.
Bitte jede Frage einzeln stellen, ausfüllen und keine Frage übergehen oder mit Strichen oder Zeichen versehen.)

- 1. Bestanden oder bestehen bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden** (das bei den Einzelangaben Zutreffende bitte unterstreichen und rechts erläutern)
- Wenn ja, welche? Seit wann?
- a) des Herzens oder der Kreislauforgane, z.B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Atemnot bei Anstrengungen, Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, Beklemmungen oder Schmerzen in der Herzgegend, Herzinfarkt, Herzklopfen, erhöhter Blutdruck, Schlaganfall, sonstige Durchblutungsstörungen, Venenentzündung, Embolie? nein ja

Name des Mitglieds: _____ geb. am: _____

- | | Wenn ja, welche? | Seit wann? |
|--|---|------------|
| b) der Atmungsorgane, z.B. Tuberkulose, Rippen- (Brust-) fellentzündung, wiederholte oder chronische Bronchitis, Asthma? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| c) der Verdauungsorgane, z.B. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Darmblutungen, Leberleiden, Gelbsucht, Gallenblasenleiden, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| d) der Harn- oder Geschlechtsorgane z.B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Steinleiden, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, Erkrankung der Vorsteherdrüse, erschwertes oder schmerzhaftes Harnlassen, blutiger Harn, Eiweißausscheidung? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| e) des Gehirns oder Rückenmarks, der Nerven, Geistesstörungen, Depressionen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Ohnmachten, Schwindel, häufige Kopfschmerzen? Suizidversuch? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| f) der Augen, z.B. Herabsetzung der Sehschärfe?
Dioptrienzahl: _____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| g) der Ohren, z.B. Schwerhörigkeit? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| h) der Haut, der Drüsen, der Milz, des Blutes, Allergien? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| i) Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhungen, Harnsäureerhöhungen, Gicht, Funktionsstörungen der Schilddrüse? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| j) Geschwülste, Tumore? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| k) der Knochen und Gelenke, der Wirbelsäule, der Bandscheiben;
Gelenkrheumatismus, rheumatische Beschwerden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| l) akute oder chronische Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten, z.B. Malaria? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| m) bei Frauen: Erkrankungen der weiblichen Organe? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| n) Sonstige Krankheiten, Gebrechen, körperliche Fehler oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |

Name des Mitglieds: _____ geb. am: _____

- | | Wenn ja, welche? | Seit wann? |
|--|---|------------|
| 2. a) Sind Sie mit Medikamenten, z.B. Herzmitteln, Antibiotika, blutzucker- oder blutdrucksenkenden Mitteln behandelt worden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| b) Nehmen oder nahmen Sie häufig oder gewohnheitsmäßig Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Drogen oder andere Betäubungsmittel? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| c) Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich? In welchem Umfang? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| 3. a) Haben Sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten? Welcher Art? Welche Folgen bestehen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| b) Beantragten, bezogen oder beziehen Sie eine Rente oder Pension?
⇒ Weshalb?
⇒ Von welcher Stelle? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| 4. a) Sind Sie operiert worden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| b) Ist eine Operation vorgesehen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| c) Sind Sie mit Röntgen-, Radium-, Isotopen- oder sonstigen Strahlen behandelt worden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| 5. a) Wurden Sie mit Röntgen, Isotopen oder mit Sonografie untersucht?
⇒ Ergebnis? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| b) Wurde früher ein Elektrokardiogramm aufgenommen?
⇒ Ergebnis? (falls vorhanden, EKG-Streifen und Befundbericht bitte einsenden) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| 6. a) Sind Sie in Krankenhäusern oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen untersucht oder ärztlich behandelt worden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| b) Der /die Entlassungsbericht(e) der letzten 2 Jahre | <input type="checkbox"/> ist/sind beigefügt
<input type="checkbox"/> liegt/liegen nicht (mehr) vor | |
| bzw. | <input type="checkbox"/> keine Krankenhaus- bzw. Rehabilitationsaufenthalte in den letzten 2 Jahren. | |
| 7. Bestand in den letzten 3 Jahren vor Rentenanspruchstellung Arbeitsunfähigkeit? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| Wenn ja, in welchem Zeitraum? (bitte Einzelaufstellung mit Diagnosen beifügen) | | |

Name des Mitglieds: _____ geb. am: _____

III. Untersuchungsbefund

(falls Platz nicht ausreichend, bitte Ergänzungen auf letzter Seite, ggf. bitte Zusatzblatt einfügen)

Vor allem bei seelischen Erkrankungen kann das Erheben von internistischen bzw. labortechnischen Befunden obsolet sein. Bitte vermerken Sie dies in derartigen Fällen kurz und geben Sie ggf. eine zusätzliche schriftliche Stellungnahme (z.B. Krankheitsentwicklung, bisherige Therapie, Ergebnis) ab. Bitte die Diagnose (Seite 5 Nr. 14) sowie die Beurteilung (Seite 6-8) stets ausfüllen.

1. Gewicht ohne Kleidung: _____ kg

Größe ohne Schuhe: _____ cm

Welche krankhaften Veränderungen liegen vor?

2. Skelett und Bewegungsapparat:

o.B.

3. Haut und Schleimhäute:

o.B.

4. Sinnesorgane:

o.B.

5. Nervensysteme (Pupillenreaktionen, Patellar- und Achillessehnenreflexe, Fußsohlen- und Bauchdeckenreflexe, Romberg):

o.B.

6. Psyche:

o.B.

7. Hormonsystem (insbesondere Schilddrüse):

o.B.

8. Herz und Kreislauf:

o.B.

⇒ Herzspitzenstoß:

⇒ Herztöne:

⇒ Geräusche:

⇒ Besteht eine Arrhythmie?

⇒ Insuffizienz?

⇒ Krampfadern (Stärke, Ausdehnung, Geschwüre, Narben)?

⇒ Sonstige Veränderungen des Herz- und Kreislaufsystems:

⇒ Blutdruck und Pulsfrequenz:

Pulsschläge je Minute

in Ruhe _____

Name des Mitglieds: _____ geb. am: _____

9. Atmungsorgane: o.B.

10. Verdauungsorgane/Bauchorgane: o.B.

11. Harn- und Geschlechtsorgane o.B.

a) Nierenlager:

b) Harnuntersuchung:

Eiweiß?

ja

nein

Zucker?

ja

nein

Ist Urobilinogen vermehrt?

ja

nein

Sedimentbefund?

12. Blutuntersuchung

großes Blutbild:

Befunde bitte beifügen

13. Weitere und bisher nicht angegebene Befunde:

keine

14. Krankheitsbezeichnung/en:

IV. Beurteilung

Beachten Sie bitte den speziellen Berufsunfähigkeitsbegriff nach § 10 Abs. 1 der Satzung der Berliner Ärzteversorgung: „Für jedes Mitglied....., dessen Fähigkeit zur Ausübung einer jeden Erwerbstätigkeit, bei der das Fachwissen des Heilberufs angewendet oder mitverwendet wird oder angewendet oder mitverwendet werden kann, auf nicht absehbare Zeit umfassend entfallen ist (Berufsunfähigkeit), entsteht....Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente.“

Dieser Berufsunfähigkeitsbegriff ist inhaltlich anders definiert als der Berufsunfähigkeitsbegriff für die gesetzliche Rentenversicherung bzw. private Versicherungswirtschaft: Als Maßstab für eine fachlich einwandfreie Ausübung des Arztberufes genügen die Mindestanforderungen, nämlich die normale durchschnittliche ärztliche Berufstätigkeit; im Hinblick auf diese Mindestanforderungen ist ein Arzt nicht schon dann berufsunfähig, wenn er seine bisher ausgeübte ärztliche Tätigkeit z.B. infolge von Altersbeschwerden nach Art oder Umfang einschränken muss, falls nur die ihm mögliche zumutbare Tätigkeit den Mindestanforderungen genügt (Verwaltungsgericht Berlin, Urteil vom 24.06.1999, Az: VG 14A427.98; Oberverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 26.05.1992, Az: 5A 189/91).

Im Übrigen beinhaltet das Spektrum „ärztliche Tätigkeit“ neben dem Umgang und Kontakt mit gesunden oder kranken Menschen, also untersuchende/behandelnde Tätigkeit, auch wissenschaftliche/forschende Tätigkeit sowie verwaltende (z.B. gutachterliche/Schreibtisch-) Tätigkeit, die ärztliche Ausbildung und Erfahrung erfordert (Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte).

Name des Mitglieds: _____ geb. am: _____

1. a) Auswirkungen der festgestellten Leiden auf die Leistungsfähigkeit des Mitgliedes im Einzelnen:

Kann das Mitglied – ohne sich auf Kosten der Gesundheit zu verausgaben - täglich regelmäßig arbeiten?

- im Freien und/oder in geschlossenen Räumen unter Einfluss von z.B. Kälte, Staub, Feuchtigkeit oder Zugluft? nein ja, ca. _____ Stunden täglich
- im Gehen, Stehen oder Sitzen oder nur ausschließlich in einer dieser Haltungsarten oder in einem bestimmten Wechsel von ihnen? nein ja
- bei einseitiger körperlicher Belastung? nein ja
- in festgelegtem Arbeitsrhythmus? nein ja
- im Wechsel- oder Nachtdienst? nein ja

b) Einschränkungen des Mitglieds in der Ausübung geistiger Arbeiten durch die festgestellten Leiden:

Beschränken die festgestellten Leiden, insbesondere

- Hör- und Sehvermögen, Reaktionsvermögen, Lese- und Schreibgewandtheit? nein ja, Einschränkung/en ist/sind links unterstrichen
- Auffassungsgabe, Lern- und Merkfähigkeit, Gedächtnis, Konzentrationsfähigkeit, Entschluss- und Verantwortungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit, Anpassungs-, Umstellfähigkeit? nein ja, Einschränkung/en ist/sind links unterstrichen

c) Sind Besonderheiten für den Weg zur Arbeit zu berücksichtigen? nein ja, welche?

Halten Sie das Mitglied ohne Einschränkung für fähig, ein Kraftfahrzeug zu führen? nein ja

2. a) Reicht das verbliebene Leistungsvermögen noch für die volle übliche Arbeitszeit aus? nein ja

Falls nein: Gilt diese Einschränkung für die tägliche Arbeitszeit?
 die wöchentliche Arbeitszeit?

b) Aus welchen gesundheitlichen Gründen muss die tägliche bzw. wöchentliche Arbeitszeit eingeschränkt werden? alle laut der Angaben zu III.14 (Krankheitsbezeichnung)
 wegen

Auf wie viel Stunden, bzw. Einschränkung auf ca. _____ Stunden täglich
auf wie viel Tage? Einschränkung auf ca. _____ Tage wöchentlich

Name des Mitglieds: _____ geb. am: _____

4. Die Berliner Ärzteversorgung entscheidet bei Anträgen auf Berufsunfähigkeitsrente regelmäßig auf Basis eines ausführlichen Fachgutachtens. In Kenntnis dieser Grundlage halte ich als Ersteller dieses ärztlichen Zeugnisses ein Gutachten auf folgendem Fachgebiet für erforderlich:

(bitte 1 Fachrichtung bzw. maximal 2 Fachrichtungen* ankreuzen)

und zwar vorrangig in 2. Linie

a) Innere Krankheiten:

a.a) Kardiologie

a.b) Nephrologie

a.c) Endokrinologie

a.d) Gastroenterologie

a.e) Hämatologie/Onkologie

a.f) Pneumologie

b) Chirurgie

c) Orthopädie

d) Psychiatrie

e) Neurologie

f) Sonstige: _____

*
Falls Ihrerseits mehr als 2 oder kein Gutachten notwendig erscheinen, bitten wir nachfolgend um Angabe einer nachvollziehbaren Begründung:

Besteht Reisefähigkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln? ja nein, weil _____

Name des Mitglieds: _____ geb. am: _____

V. Bemerkungen und Raum für ergänzende Ausführungen
(insbesondere bei seelischen Erkrankungen, bitte ggf. Zusatzblatt beifügen)

Die Kosten für diese Untersuchung gehen zu Lasten des Mitgliedes (Antragsteller/in)

_____, den _____
(Ort) (Datum)

Unterschrift der untersuchenden Ärztin/des untersuchenden Arztes

(Stempel)