

Tel: \_\_\_\_\_

**-Vertrauliche Dienstunfallsache-**

Landesamt für Finanzen  
Dienststelle Regensburg  
Bezügestelle Dienstunfall  
Postfach 10 02 07  
93002 Regensburg

**-Rückantwort-**

**Zum Schreiben vom**

**GZ:**

**SCHLUSSGUTACHTEN  
DES ÄRZTLICHEN DIENSTES DER POLIZEI**

Name: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Amtsbezeichnung: \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

1. Beendigung der ärztlichen Behandlung der dienstunfallbedingten Körperschäden am

2. Sind Folgen der Körperschäden zurückgeblieben?

nein  ja

Wenn ja, welche?

(bitte Angabe des erhobenen Befundes mit konkreten Beschwerden, Beeinträchtigungen und Bewegungseinschränkungen etc. – ggf. Beiblatt verwenden -)

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

3. Ist eine Therapie indiziert?

nein  ja

Wenn ja, welche?

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

4. Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)

Bestand bereits vor dem Dienstunfall eine Erwerbsminderung, die ich auf die dienstunfallbedingte MdE auswirkt (eine stärkere Beeinträchtigung ist bei Verletzungen von paarigen Organen und Organen mit funktioneller Wechselwirkung anzunehmen)?

nein  ja

Wenn ja, welche Organe sind betroffen und wie wirkt sich dies auf die eingeschätzte dienstunfallbedingte MdE aus?

---

---

Die MdE wird wie folgt festgestellt:

	Zeitraum	Unfall vom dienstunfallbedingte MdE = v.H.	Unfall vom dienstunfallbedingte MdE = v.H.	dienstunfallbedingte Gesamt-MdE = v.H.
ab				
ab				
ab				
ab				
ab				

5. Ist eine Veränderung der festgestellten MdE infolge Verschlimmerung oder Verbesserung des Körperschadens oder durch Anpassung an die Beeinträchtigung zu erwarten?

nein  ja

Begründung (jeweils):

---

---

Zu welchem Zeitpunkt schlagen Sie eine Nachuntersuchung zur Neueinschätzung der MdE vor?

Zeitpunkt der Nachuntersuchung:

(Dienstsiegel)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Polizeiarztes