

---

## Fachärztliches Gutachten zur Feststellung der Berufsunfähigkeit gemäß § 22 der Satzung des Versorgungswerks der Landestierärztekammer Hessen

---

### **Hinweis für den Gutachter:**

Mitglieder erhalten eine Berufsunfähigkeitsrente vom Versorgungswerk der Landestierärztekammer Hessen, wenn sie infolge eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche der körperlichen und geistigen Kräfte zur Ausübung des tierärztlichen Berufes unfähig sind. Unter der Ausübung des tierärztlichen Berufs ist jede Tätigkeit zu verstehen, bei der die während des veterinärmedizinischen Studiums erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten verwertet werden (siehe Übersicht "Tierarzt - Berufsausübung und Laufbahnen" in der Anlage).

Eine Rente wird nur bei vollständiger Berufsunfähigkeit gewährt. Diese liegt vor, wenn aus Krankheitsgründen jegliche Möglichkeit tierärztlicher Berufstätigkeit entfällt. Es genügt nicht, dass die bisherige tierärztliche Tätigkeit nicht mehr oder nur noch in eingeschränktem Umfang verrichtet werden kann. Unsere Mitglieder können auf andere Tätigkeiten verwiesen werden, für die eine tierärztliche Approbation erforderlich ist. Auf die zuletzt ausgeübte tierärztliche Tätigkeit kommt es nicht an. Können unsere Mitglieder auch nur teilweise eine tierärztliche Tätigkeit ausüben und daraus ein existenzsicherndes Einkommen erzielen, sind sie nicht berufsunfähig.

**Bitte füllen Sie den Vordruck gut lesbar (maschinengeschrieben) aus oder formulieren Sie es frei indem Sie sich an der jeweiligen Fragestellung orientieren.**

Name des Mitglieds: \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

-----

**Bitte verschlossen an das Versorgungswerk der Landestierärztekammer Hessen,  
Bahnhofstraße 13, 65527 Niedernhausen, einsenden.**

-----

1. Seit wann ist Ihnen das Mitglied bekannt?

---

---

2. War die/ der Untersuchte bei Ihnen bereits

a) zur Untersuchung, gegebenenfalls wann das letzte Mal?

---

---

b) in Behandlung, gegebenenfalls wann das letzte Mal?

---

---

3. Wie wurde die Identität nachgewiesen?

(ggf. Nr. des Personalausweises)

---

4. Sind Sie mit ihm verwandt oder verschwägert?

---

5. Welche Krankheiten, Gebrechen oder Schwächen der körperlichen oder geistigen Kräfte liegen **gegenwärtig** bei der/ bei dem Untersuchten vor?

---

---

---

---

6. Seit wann bestehen diese?

---

---

---

7. Gegebenenfalls: hat sich der Gesundheitszustand gegenüber den Voruntersuchungen gebessert oder verschlechtert?

---

---

---

---

8. Gegebenenfalls: hat sich der Gesundheitszustand gegenüber einer Untersuchung bei einem anderen ärztlichen Gutachter oder einem vorliegenden Arzt- oder Entlassungsbericht einer Klinik verändert?

---

---

---

---

9. Hat die/ der Untersuchte einen Suizidversuch unternommen? Wenn ja, wann?

---

### **Untersuchungsbefund**

Wann und wo wurde die/ der Antragsteller untersucht?

---

*Datum* *Tageszeit* *Ort*

Gewicht ohne Kleidung: \_\_\_\_\_ kg

Größe ohne Schuhe: \_\_\_\_\_ cm

	<b>Welche krankhaften Veränderungen liegen vor?</b>
Skelett und Bewegungsapparat:	
Haut und Schleimhäute:	
Sinnesorgane:	
Nervensystem (Pupillenreaktion, Patellar- und Achillessehnenreflexe, Fußsohlen- und Bauchdeckenreflexe, Romberg):	
Psyche	
Hormonsystem (insbesondere die Schilddrüse)	
<b><u>Herz- und Kreislauf</u></b>	
- Herzspitzenstoß:	
- Herztöne:	
- Geräusche:	
- Besteht eine Arrhythmie?:	

- Insuffizienz?:	
- Krampfadern (Stärke, Ausdehnung, Geschwüre, Narben)?:	
- Sonstige Veränderungen des Herz- und Kreislaufsystems:	
<b><u>Blutdruck und Pulsfrequenz</u></b>	
- Pulsschläge je Minute in Ruhe:	
- Blutdruck systol.	
- in mm Hg diast.	
	<b>Welche krankhaften Veränderungen liegen vor?</b>
Atmungsorgane	
Verdauungsorgane/Bauchorgane:	
<b><u>Harn- und Geschlechtsorgane</u></b>	
- Beschaffenheit der Nierenlager:	
- Harnuntersuchung : Eiweiß ? Zucker ?	
- Ist das Urobilinogen vermehrt?  Sedimentbefund:	

<u>Blutuntersuchung</u>	Befunde beifügen
Differentialblutbild:	
Weitere und bisher nicht angegebene Befunde:	
Krankheitsbezeichnung:	

**10.** Bitte erstellen Sie für die Untersuchte/ den Untersuchten ein positives oder negatives Leistungsbild. Welche Tätigkeiten innerhalb des Berufes können noch ausgeübt werden, welche nicht mehr?

---



---



---



---

**11.** Ist die/ der Untersuchte zur Ausübung des Berufes in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit im zuletzt ausgeübten Umfang noch in der Lage?

---



---



---



---

**12.** Wenn nein, ist die/ der Untersuchte zur Ausübung des Berufes in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit im eingeschränkten zeitlichen und fachlichen Umfang noch in der Lage? Wenn ja, in welchem?

---



---



---



---

**13.** Ist die/ der Untersuchte in der Lage, seinen Beruf in anderer Form, z. B. als

\_\_\_\_\_ in vollem Umfang auszuüben?

**14.** Wenn nein, ist die/ der Untersuchte zur Ausübung des Berufes in anderer Form, z. B. als

\_\_\_\_\_ in eingeschränktem zeitlichem oder fachlichem Umfang in der Lage? Wenn ja, in welchem?

---

**15.** Seit wann liegt die von Ihnen jetzt festgestellte Einschränkung der Berufsunfähigkeit in diesem Umfang vor?

---

---

---

**16.** Besteht Aussicht, dass die/ der Untersuchte die bisher ausgeübte Tätigkeit zukünftig wieder aufnehmen kann? Wenn ja, voraussichtlich ab wann und in welchem Umfang?

---

---

---

**17.** Besteht Aussicht, dass die/ der Untersuchte den Beruf in anderer Form zukünftig wieder ausüben kann? Wenn ja, voraussichtlich ab wann, in welchem Umfang und in welcher Form?

---

---

---

**18.** Kann durch Rehabilitationsmaßnahmen die eingetretene Berufsunfähigkeit beseitigt oder eine drohende Berufsunfähigkeit verhindert werden? Wenn ja, welche Maßnahmen sind indiziert?

---

---

---

**19.** Wird eine Nachuntersuchung für erforderlich gehalten und wenn ja, wann?

---

---

---

