

**Ärztliches Zeugnis zur Feststellung der Berufsunfähigkeit gemäß § 28 der Satzung des
Versorgungswerkes der Ingenieurkammer Niedersachsen**

Name des Mitglieds

Mitglieds-Nr.

**Bitte gesondert und verschlossen an das
Ingenieurversorgungswerk Niedersachsen, Potsdamer Str. 47, 14163 Berlin
einsenden**

1 a) Wann und wo wurde der/die Antragsteller(in) untersucht?

b) Seit wann ist Ihnen das Mitglied bekannt?

2. Haben Sie sie/ihn schon früher untersucht oder behandelt?
Wenn ja, wann und wegen welcher Erkrankungen oder
Verletzungen?

3. Wie wurde Ihnen die Identität nachgewiesen?
(Nr. des Personalausweises)

4. Sind Sie mit ihm/ihr verwandt oder verschwägert?

ja

nein

I. Erklärung vor dem Arzt

(bitte jede Frage einzeln stellen, ausfüllen, keine übergehen oder mit Strichen oder Zeichen erledigen)

1. Bestanden oder bestehen bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden?
(das bei der Einzelangabe Zutreffende bitte unterstreichen und unten erläutern)

ja

nein

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, Venen-
entzündung, Embolie?

ja

nein

Wenn ja, welche?

Seit wann?

b) der Atmungsorgane, z. B. Tuberkulose, Rippen-(Brust)fellentzündung,
wiederholte oder chronische Bronchitis, Asthma?

ja

nein

Wenn ja, welche?

Name des Mitglieds:	geb. am:
---------------------	----------

Seit wann?

c) der Verdauungsorgane, z. B. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Darmblutungen, Leberleiden, Gelbsucht, Gallenblasenleiden, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse? ja nein

Wenn ja, welche?

Seit wann?

d) der Harn- oder Geschlechtsorgane, z. B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Steinleiden, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, Erkrankung der Vorsteherdrüse, erschwertes oder schmerzhaftes Harnlassen, blutiger Harn, Eiweißausscheidung? ja nein

Wenn ja, welche?

Seit wann?

e) des Gehirns oder Rückenmarks, der Nerven, Geistesstörungen, Depressionen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Ohnmachten, Schwindel, häufige Kopfschmerzen? Suizidversuch? ja nein

Wenn ja, welche?

Seit wann?

f) der Augen, z. B. Herabsetzung der Sehschärfe? Dioptrienzahl? ja nein

Wenn ja, welche?

Seit wann?

g) der Ohren, z. B. Ohrenfluss, Schwerhörigkeit? ja nein

Wenn ja, welche?

Seit wann?

Name des Mitglieds:	geb. am:
---------------------	----------

h) der Haut, der Drüsen, der Milz, des Blutes, Allergien? ja nein

Wenn ja, welche?

Seit wann?

i) Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhungen, Harnsäureerhöhungen, Gicht, Funktionsstörungen der Schilddrüse? ja nein

Wenn ja, welche?

Seit wann?

j) Geschwülste (Tumore)? ja nein

Wenn ja, welche?

Seit wann?

k) der Knochen und Gelenke, der Wirbelsäure, der Bandscheiben; Gelenkrheumatismus, rheumatische Beschwerden? ja nein

Wenn ja, welche?

Seit wann?

l) akute oder chronische Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten, z. B. Malaria? ja nein

Wenn ja, welche?

Seit wann?

m) sonstige Krankheiten, Gebrechen, körperliche Fehler oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist? ja nein

Wenn ja, welche?

Seit wann?

Name des Mitglieds:	geb. am:
---------------------	----------

n) bei Frauen: Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane? ja nein

Wenn ja, welche?

Seit wann?

2a) Sind Sie mit Medikamenten, z. B. Herzmitteln, Antibiotika, blutzucker- oder blutdrucksenkenden Mitteln behandelt worden? ja nein

Wenn ja, welche?

Seit wann?

b) Nehmen oder nahmen Sie häufig oder gewohnheitsmäßig Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Drogen oder andere Betäubungsmittel? ja nein

Wenn ja, welche?

Seit wann?

c) Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich? In welchem Umfang? ja nein

Seit wann?

3a) Haben sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten? ja nein
Welcher Art? Welche Folgen bestehen?

Seit wann?

b) Beantragten, bezogen oder beziehen Sie eine Rente oder Pension? ja nein

Weshalb?

Von welcher Stelle?

4. a) Sind Sie operiert worden? ja nein

Wenn ja, welche?

Name des Mitglieds:	geb. am:
---------------------	----------

Wann?

b) Ist eine Operation vorgesehen? ja nein

Wenn ja, welche?

Wann?

c) Sind sie mit Röntgen-, Radium-, Isotopen- oder sonstigen Strahlen behandelt worden? ja nein

Wenn ja, welche?

Wann?

5. a) Wurden Sie mit Röntgen, Isotopen oder mit Sonographie untersucht? ja nein

Wenn ja, welche?

Wann?

Ergebnis?

b) Wurde früher ein Elektrokardiogramm aufgenommen? ja nein

Wann?

Ergebnis?

(falls vorhanden, EKG-Streifen und Befundbericht bitte einsenden)

6a) Sind Sie in Krankenhäusern oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen untersucht oder behandelt worden? ja nein

Wenn ja, welche?

Wann?

Unterschrift Mitglied

Unterschrift Untersucher

Name des Mitglieds:	geb. am:
---------------------	----------

II. Untersuchungsbefund

(falls nicht ausreichend Platz, bitte Ergänzungen auf letzter Seite)

1. Gewicht ohne Kleidung: kg

Größe ohne Schuhe: cm

Welche Krankhaften Veränderungen liegen vor?

2. Skelett und Bewegungsapparat:

3. Haut und Schleimhäute:

4. Sinnesorgane:

5. Nervensystem (Pupillenreaktionen, Patellar- und Achillessehnenreflex, Fußsohlen- und Bauchdeckenreflex, Romberg):

6. Psyche:

7. Hormonsystem (insbesondere die Schilddrüse):

8. Herz- und Kreislauf
⇒ Herzspitzenstoß:

⇒ Herztöne:

⇒ Geräusche:

⇒ Besteht eine Arrhythmie?

⇒ Insuffizienz?:

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

⇒ sonstige Veränderungen des Herz- und Kreislaufsystems:

⇒ Blutdruck und Pulsfrequenz: Pulsschlag je Minute in Ruhe

Blutdruck in mm Hg systol. diast.

Name des Mitglieds:	geb. am:
---------------------	----------

Welche krankhaften Veränderungen liegen vor?

9. Atmungsorgane:

10. Verdauungsorgane/Bauchorgane:

11. Harn- und Geschlechtsorgane:

⇒ Beschaffenheit der Nierenlager:

⇒ Harnuntersuchung:

- Eiweiß?
- Zucker?
- Ist das Urobilinogen vermehrt?
- Sedimentbefund:

12. Blutuntersuchung

- Differentialblutbild:

13. Weitere und bisher nicht angegebene Befunde:

14. Krankheitsbezeichnung:

III. Beurteilung

Beachten Sie bitte den speziellen Berufsunfähigkeitsbegriff nach § 28 der Satzung des Versorgungswerkes der Ingenieurkammer Niedersachsen: „Berufsunfähig ist ein Mitglied, dessen Fähigkeit zur Ausübung einer jeden Erwerbstätigkeit in der zur Mitgliedschaft in der Ingenieurkammer Niedersachsen berechtigenden Berufe aus gesundheitlichen Gründen nicht nur vorübergehend umfassend entfallen ist, hat Anspruch auf Ruhegeld bei Berufsunfähigkeit, sofern dieses Mitglied vor Eintritt der Berufsunfähigkeit mindestens einen monatlichen Beitrag zum Versorgungswerk entrichtet hat.

Dieser Berufsunfähigkeitsbegriff ist anders gestaltet als der Begriff der verminderten Erwerbsfähigkeit für die gesetzlichen Rentenversicherung: Als Maßstab für eine fachlich einwandfreie Ausübung des Berufes genügen die Mindestanforderungen, nämlich die normale durchschnittliche Ingenieurstätigkeit; im Hinblick auf diese Mindestanforderung ist ein Mitglied nicht schon dann berufsunfähig, wenn er seine bisher ausgeübte Ingenieurstätigkeit z. B. infolge von Altersbeschwerden, nach Art und Umfang einschränken muss, falls nur die ihm mögliche zumutbare Tätigkeit den Mindestanforderungen genügt.

Name des Mitglieds:

geb. am:

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

Kann der Antragsteller – ohne auf Kosten der Gesundheit zu arbeiten – täglich regelmäßig noch tätig werden

- ⇒ im Gehen, Stehen oder Sitzen oder ausschließlich in einer dieser Haltungsarten oder in einem bestimmten Wechsel von ihnen,
- ⇒ bei einseitiger körperlicher Belastung,
- ⇒ in festgelegtem Arbeitsrhythmus,
- ⇒ Wechsel- oder Nachtdienst?

b) Beschränkungen in der Ausübung geistiger Arbeiten durch die festgestellten Leiden:

Beschränkungen der festgestellten Leiden, insbesondere

- ⇒ Hör- und Sehvermögen, Reaktionsvermögen, Lese- und Schreibgewandtheit,
- ⇒ Auffassungsgabe, Lern- und Merkfähigkeit, Gedächtnis, Konzentrationsfähigkeit, Anpassungs-, Umstellungsfähigkeit?

c) Sind Besonderheiten für den Weg zur Arbeit zu berücksichtigen?

Halten Sie den Untersuchten/die Untersuchte ohne Einschränkung für fähig, ein Kraftfahrzeug zu führen?

2a) reicht das verbliebene Leistungsvermögen noch für die volle übliche Arbeitszeit aus? 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?

Auf wie viele Stunden bzw. Tage?

Gilt dies für alle noch für möglich gehaltenen Verrichtungen, die aufgrund Ingenieur-ausbildung möglich sind?

Name des Mitglieds:	geb. am:
---------------------	----------

3. Um welchen Prozentsatz ist ab welchem Zeitpunkt beim Untersuchten die Fähigkeit zur Ausübung einer Ingenieurtätigkeit eingeschränkt? %
ab (bitte unbedingt ausfüllen)

4. Besteht Aussicht, dass die Untersuchte/der Untersuchte für Ingenieurtätigkeit wieder fähig wird? ja nein

Falls ja, innerhalb welchen Zeitraumes?

5. Ist zur Feststellung des Leistungsvermögens ein weiteres Gutachten (ggf. auf welchem Fachgebiet) erforderlich?

Die Kosten für diese Untersuchung gehen zu Lasten des Mitglieds

Bemerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift des Untersuchers

Stempel:

Raum für ergänzende Ausführungen:
 Beiblatt für ergänzende Ausführungen ist beigelegt.