

**Ärztliches Zeugnis zur Feststellung der Berufsunfähigkeit gemäß § 17
der Satzung der Apothekerversorgung Berlin**

Name des Mitgliedes: _____

Mitgl.Nr. : _____

Bitte in einem Briefumschlag verschlossen an die Apothekerversorgung Berlin,
Potsdamer Straße 47, 14163 Berlin, senden.

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

b) Seit wann ist Ihnen das Mitglied bekannt?
2. Haben Sie es 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 ihr/ihm verwandt oder verschwägert?

I. Erklärung vor dem Arzt

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

Ja	Nein	Wenn ja, welche?	Seit wann?
----	------	------------------	------------

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

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?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

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

	Ja	Nein	Wenn ja, welche?	Seit wann?
2. a) Sind Sie mit Medikamenten, z.B. Herzmitteln, Antibiotika, blutzucker- oder blutdrucksenkenden Mitteln behandelt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) Nehmen oder nahmen Sie häufig oder gewohnheitsmäßig Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Drogen oder andere Betäubungsmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c) Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich? In welchem Umfang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. a) Haben sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten? Welcher Art? Welche Folgen bestehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) Beantragten, bezogen oder beziehen Sie eine Rente oder Pension?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
⇒ Weshalb?				
⇒ Von welcher Stelle?				
4. a) Sind Sie operiert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) Ist eine Operation vorgesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c) Sind sie mit Röntgen-, Radium-, Isotopen- oder sonstigen Strahlen behandelt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. a) Wurden Sie mit Röntgen, Isotopen oder mit Sonographie untersucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
⇒ Ergebnis?				
b) Wurde früher ein Elektrokardiogramm aufgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
⇒ Ergebnis?				
⇒ (falls vorhanden, EKG-Streifen und Befundbericht bitte einsenden)				
6. a) Sind Sie in Krankenhäusern oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen untersucht oder behandelt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Unterschrift Untersucher

--

II. Untersuchungsbefund

(falls der Platz nicht ausreichen sollte, bitte Ergänzungen auf letzter Seite)

<p>1. Gewicht ohne Kleidung: _____ kg Größe ohne Schuhe: _____ cm</p> <p>2. Skelett und Bewegungsapparat:</p> <p>3. Haut und Schleimhäute:</p> <p>4. Sinnesorgane:</p> <p>5. Nervensystem (Pupillenreaktion, Patellar- und Achillessehnenreflex, Fußsohlen- und Bauchdeckenreflex, Romberg):</p> <p>6. Psyche:</p> <p>7. Hormonsystem (insbesondere die Schilddrüse):</p> <p>8. Herz- und Kreislauf</p> <p style="margin-left: 20px;">⇒ Herzspitzenstoß:</p> <p style="margin-left: 20px;">⇒ Herztöne:</p> <p style="margin-left: 20px;">⇒ Geräusche:</p> <p style="margin-left: 20px;">⇒ Besteht eine Arrhythmie?:</p> <p style="margin-left: 20px;">⇒ Insuffizienz?:</p> <p style="margin-left: 20px;">⇒ Krampfadern (Stärke, Ausdehnung, Geschwüre, Narben)?:</p> <p style="margin-left: 20px;">⇒ sonstige Veränderungen des Herz- und Kreislaufsystems:</p> <p style="margin-left: 20px;">⇒ Blutdruck und Pulsfrequenz:</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Welche krankhaften Veränderungen liegen vor?</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Pulsschlag je Minute in Ruhe</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Blutdruck systol.</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">in mm Hg diast.</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">_____</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">_____</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">_____</td> </tr> </table> </div>	Pulsschlag je Minute in Ruhe	Blutdruck systol.	in mm Hg diast.	_____	_____	_____
Pulsschlag je Minute in Ruhe	Blutdruck systol.	in mm Hg diast.					
_____	_____	_____					

	Welche krankhaften Veränderungen liegen vor?
<p>9. Atmungsorgane:</p> <p>10. Verdauungsorgane/Bauchorgane:</p> <p>11. Harn- und Geschlechtsorgane</p> <p>⇒ Beschaffenheit der Nierenlager:</p> <p>⇒ Harnuntersuchung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eiweiß? • Zucker? • Ist das Urobilinogen vermehrt? • Sedimentbefund: <p>12. Blutuntersuchung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Differenzialblutbild: <p>13. Weitere und bisher nicht angegebene Befunde:</p> <p>14. Krankheitsbezeichnung:</p>	<p style="text-align: center;">Befunde bitte beifügen</p>

III. Beurteilung

Beachten Sie bitte den speziellen Berufsunfähigkeitsbegriff nach § 17 Absatz 1 der Satzung der Apothekerversorgung Berlin: „Jedes Mitglied der Apothekerversorgung, das infolge eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte zur Ausübung des Apothekerberufs unfähig ist und deshalb seine gesamte pharmazeutische Tätigkeit einstellt, erhält auf Antrag eine Berufsunfähigkeitsrente, wenn die Berufsunfähigkeit auf nicht absehbare Zeit andauert.“ Für die Beurteilung der Berufsfähigkeit von Mitgliedern, die zuletzt nicht den Apothekerberuf sondern eine andere oder gar keine Tätigkeit ausgeübt haben, ist allein maßgebend, ob künftig der Apothekerberuf nicht mehr ausgeübt werden kann.

Dieser Berufsunfähigkeitsbegriff ist anders gestaltet als der Berufsunfähigkeitsbegriff für die gesetzliche Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund) bzw. private Versicherungswirtschaft: Als Maßstab für eine fachlich einwandfreie Ausübung des Berufes genügen die Mindestanforderungen, nämlich die normale durchschnittliche pharmazeutische Berufstätigkeit; im Hinblick auf diese Mindestanforderung ist ein Mitglied nicht schon dann berufsunfähig, wenn es seine bisher ausgeübte pharmazeutische Tätigkeit z.B. infolge von Altersbeschwerden nach Art und Umfang einschränken muß, falls nur die ihm mögliche zumutbare Tätigkeit den Mindestanforderungen genügt.

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

2. a) Reicht das verbliebene Leistungsvermögen noch für die volle 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 wieviel Stunden bzw. Tage?

Gilt dies für alle noch für möglich gehaltenen Verrichtungen, die aufgrund pharmazeutischer Ausbildung möglich sind?

<p>3. Um welchen Prozentsatz ist beim Untersuchten die Fähigkeit zur Ausübung einer pharmazeutischen Tätigkeit eingeschränkt?</p> <p>4. Seit welchem Zeitpunkt?</p> <p>5. Besteht Aussicht, daß die Untersuchte / der Untersuchte für pharmazeutische Tätigkeiten wieder fähig wird?</p> <p>Falls ja, innerhalb welchen Zeitraumes?</p> <p>6. Ist zur Feststellung des Leistungsvermögens ein weiteres Gutachten (gegebenenfalls auf welchem Fachgebiet) erforderlich?</p>	<p style="text-align: right;">%</p> <p>ab _____ (bitte unbedingt ausfüllen)</p> <p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
---	--

Die Kosten für diese Untersuchung gehen zu Lasten des Mitgliedes

Bemerkungen:

_____ den _____

Stempel

Unterschrift der Untersuchers

Raum für ergänzende Ausführungen: