

Bitte senden Sie den Fragebogen zum Ausfüllen an Ihren zuständigen Facharzt und anschließend mit allen erforderlichen Anlagen und unterschrieben an uns zurück.

Teilnehmernummer

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Posteingang beim VW

Versorgungswerk
der Architektenkammer Sachsen
Gustav-Adolf-Straße 2
01219 Dresden

Ärztliches Zeugnis (Ergänzung zum schriftlichen medizinischen Gutachten) zur Feststellung der Berufsunfähigkeit gemäß § 25 der Satzung des Versorgungswerkes

VOM FACHARZT ELEKTRONISCH AUSZUFÜLLEN!

1. Wann und wo wurde der Antragstellende untersucht?

2. Seit wann ist Ihnen der Antragstellende bekannt?

3. Haben Sie den Antragstellenden schon früher untersucht? ja nein

Wenn ja, wann und wegen welcher Erkrankung oder Verletzung?

4. Sind Sie mit dem Antragstellenden verwandt oder verschwägert? ja nein

bitte wenden

ERKLÄRUNG DES ANTRAGSTELLENDEN

Bitte jede Frage einzeln stellen und
entsprechend ausfüllen.

Teilnehmernummer _____

1. Bestanden oder bestehen bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden ...

- 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, Venenentzündungen, Embolie? ja nein

Wenn ja, welche? _____ seit wann? _____

- b) **der Atmung**, z. B. Tuberkulose, Rippen-(Brust)fellentzündung, wiederholte oder chronische Bronchitis, Asthma? ja nein

Wenn ja, welche? _____ 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. Nierenentzündungen, Nierenkoliken, Steinleiden, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, Erkrankung der Vorsteherdrüse, erschwertes oder schmerzhaftes Harnlassen, blutiger Harn, Eiweißausscheidungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____ seit wann? _____

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

Wenn ja, welche? _____ seit wann? _____

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

Wenn ja, welche? _____ seit wann? _____

Dioptrien Zahl? _____

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

Wenn ja, welche? seit wann?

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/oder Gelenke, der Wirbelsäule, 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?

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

Wenn ja, welche? seit wann?

2. **Sind Sie mit Medikamenten, z. B. Herzmitteln, Antibiotika, Blutzucker- oder blutsenkenden Mitteln behandelt worden?** ja nein

Wenn ja, welche? _____ seit wann? _____

a) Nehmen oder nahmen Sie häufig oder gewohnheitsgemäß Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Drogen oder Betäubungsmittel? ja nein

Wenn ja, welche? _____ seit wann? _____

b) Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich? ja nein

In welchem Umfang? _____

3. **Haben Sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten?** ja nein

a) Wenn ja, welche? _____

b) Welche Folgen bestehen? _____

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

d) Weshalb? _____

e) Von welcher Stelle? _____

4. **Sind Sie operiert worden?** ja nein

a) Wenn ja, welche OP? _____

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

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

Mit welchem Ergebnis? _____

a) Wurde früher ein Elektrokardiogramm aufgenommen? ja nein

Mit welchem Ergebnis? _____

Falls vorhanden, bitte EKG-Streifen und Befunde beifügen.

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

**UNTERSUCHUNGSBEFUND VOM
ZUSTÄNDIGEN FACHARZT**

Falls Platz nicht ausreichend ist,
bitte Ergänzungen auf der letzten Seite.

Teilnehmernummer _____

Körpermaße

Gewicht (ohne Kleidung) _____ kg Größe (ohne Schuhe) _____ cm

Welche krankhaften Veränderungen liegen vor?

Skelett und Bewegungsapparat:

Haut und Schleimhäute:

Sinnesorgane:

Nervensystem (Pupillenreaktion,
Patellarand, Achillessehnenreflex,
Fußsohlen- und Bauchdecken-
reflex, Romberg):

Psyche:

Hormonsystem
(insbesondere die Schilddrüse):

Herz- und Kreislauf:
Herzspitzenstoß

Herztöne

Geräusche

Besteht eine Arrhythmie?

Insuffizienz?

Krampfadern (Stärke, Aus-
dehnung, Geschwüre, Narben)

Sonstige Veränderungen des
Herz-/Kreislaufsystems

Blutdruck und Pulsfrequenz: Pulsschlag je Minute in Ruhe _____

Blutdruck in mmhg systol. _____

diast. _____

bitte wenden

Atmungsorgane:

Verdauungsorgane/
Bauchorgane:

Harn- und Geschlechtsorgane:
Beschaffenheit der Nierenlager

Harnuntersuchungen

Eiweiß

Zucker

Ist das Urobilinogen vermehrt?

Sedimentbefund

Blutuntersuchungen:

Bitte Befunde beifügen.

Differentialblutbild

Weitere und bisher nicht
angegebene Befunde:

Datum

Datum

Unterschrift des Antragstellenden

Unterschrift und Stempel des Arztes

Anlage:

Leitfaden zum Erstellen des ärztlichen Gutachtens

(in welchem auf die Berufsaufgaben Bezug genommen werden soll)

Bitte gut leserlich (Druckschrift) schreiben.

ZU FOLGENDEN PUNKTEN MUSS IM ÄRZTLICHEN GUTACHTEN STELLUNG BEZOGEN WERDEN:

Eine Erklärung der Berufsaufgaben finden Sie im Anschluss.

1. Auswirkungen der festgestellten Leiden auf die Leistungsfähigkeit des Architekten im Einzelnen:

Kann der Architekt – ohne auf Kosten der Gesundheit – täglich noch tätig werden?

- im Gehen, Stehen oder Sitzen oder ausschließlich in einer dieser Haltungsarten oder in einem Wechsel von Ihnen
- in einseitiger körperlicher Belastung
- in einem festgelegten Arbeitsrhythmus

a) Beschränkungen in der Ausübung geistiger Arbeiten durch die festgestellten Leiden, insbesondere:

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

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

Halten Sie den Architekten für fähig – ohne Einschränkungen – ein Kraftfahrzeug führen?

2. Aus welchen gesundheitlichen Gründen muss die Arbeitszeit eingeschränkt werden, und auf wie viele Stunden?

- tägliche maximale Arbeitszeit in Stunden
- wöchentliche maximal Arbeitszeit in Stunden

Gilt dies für alle noch für möglich gehaltenen Verrichtungen, die aufgrund einer Architektenausbildung möglich sind (siehe Berufsaufgaben eines Architekten)?

3. Um welchen Prozentsatz ist ab welchem Zeitpunkt die Fähigkeit zur Ausübung einer Architektentätigkeit eingeschränkt?

4. Besteht Aussicht, dass der Architekt seine Tätigkeit/Berufsaufgaben wieder ausführen kann?

Falls ja, innerhalb welchen Zeitraumes? (Prognose)

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

bitte wenden

Anlage:

Berufsaufgaben eines Architekten

SÄCHSISCHES ARCHITEKTENGESETZ (SÄCHSARCHG)

Sächsisches Architektengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. März 2017
(SächsGVBl. S. 102, 237)

AUSZUG

§ 2 Berufsaufgaben

- (1) Berufsaufgabe des Architekten ist insbesondere die gestaltende, technische, wirtschaftliche, umweltgerechte und soziale Planung von Bauwerken sowie deren Einbindung in die Orts- und Stadtplanung.
- (2) Berufsaufgabe des Innenarchitekten ist insbesondere die gestaltende, technische, wirtschaftliche, umweltgerechte und soziale Planung von Innenräumen und der damit verbundenen baulichen Änderung von Gebäuden.
- (3) Berufsaufgabe des Landschaftsarchitekten ist insbesondere die gestaltende, technische, wirtschaftliche, umweltgerechte und soziale Planung von Freianlagen und Landschaften sowie deren Einbindung in die Orts- und Stadtplanung.
- (4) Berufsaufgabe des Stadtplaners ist insbesondere die gestaltende, technische, wirtschaftliche, umweltgerechte und soziale Stadt- und Raumplanung, vor allem die Erarbeitung städtebaulicher Pläne.
- (5) Die Planungen der in den Absätzen 1 und 4 Genannten zeichnen sich dadurch aus, dass sie gestaltend auf der Grundlage einer entsprechenden technisch-naturwissenschaftlichen Hochschulausbildung erfolgen. Kennzeichen der beruflichen Tätigkeit ist die geistig-schöpferische Bewältigung der Berufsaufgaben unter Berücksichtigung ihrer vollen Komplexität, insbesondere auch im Hinblick auf funktionale, baugeschichtliche, baukulturelle, rechtliche und ökologische Belange und unter Beachtung der die Sicherheit der Nutzer und der Öffentlichkeit betreffenden Gesichtspunkte.
- (6) Zu den Berufsaufgaben der in den Absätzen 1 bis 4 Genannten gehören auch die Beratung, Betreuung und Vertretung von Auftraggebern in Fragen der Planung und Durchführung von Vorhaben, insbesondere die Überwachung der Ausführung sowie die Beratung zur effizienten und nachhaltigen Bauweise. Die Berufsaufgaben umfassen ferner die Projektentwicklung, Projektsteuerung und Objektunterhaltung sowie die Sachverständigentätigkeit.
- (7) Zu den Berufsaufgaben der Architekten, der Landschaftsarchitekten und der Stadtplaner gehört auch die Ausarbeitung von Plänen und Gutachten zu baulichen Anlagen im Rahmen der städtebaulichen Planung, der Landes- und Regionalentwicklung sowie von Umweltverträglichkeitsstudien.