# ANLAGE 5

**VERTRAULICH**

BERICHT ÜBER DIE ÄRZTLICHE KONTROLLE

Ärztliche Kontrolle, die gemäß Artikel 59 Absatz 1 Unterabsätze 3, 4, 5, 6 und 7 des Statuts und den Artikeln 16, 59 und 91 der BBSB durchgeführt wurde

(muss spätestens innerhalb der zwei auf die ärztliche Kontrolle folgenden Werktage auf dem Postweg unter folgender Adresse an den Hof zurückgesendet werden: Europäischer Rechnungshof, z. Hd. Vertrauensarzt, 12, rue Alcide De Gasperi, L-1615 LUXEMBURG;

oder per Fax an die Nummer (00352) 4398-48392.)

|  |  |
| --- | --- |
| **Vom Kontrollarzt auszufüllen** | |
| **NAME DES KONTROLLIERTEN BEAMTEN/BEDIENSTETEN:** |  |
| **NAME DES KONTROLLARZTES:** |  |
| **DATUM UND UHRZEIT DER KONTROLLE:** |  |
| **ORT DER KONTROLLE:** | ZUHAUSE DES BEAMTEN/BEDIENSTETEN ODER ANDERE VOM HOF ANGEGEBENE AUFENTHALTSADRESSE |
| PRAXIS DES KONTROLLARZTES |
| RECHNUNGSHOF |
| **DIE ÄRZTLICHE KONTROLLE HAT ZU FOLGENDEM ERGEBNIS GEFÜHRT:**  Die derzeitige Abwesenheit vom Dienst ist aus medizinischen Gründen gerechtfertigt.  Der Bedienstete oder Beamte ist in der Lage, seine Aufgaben auszuführen. | |
| **DIE KONTROLLE KONNTE VOM ARZT zum vorgesehenen Zeitpunkt NICHT DURCHGEFÜHRT WERDEN, da der Beamte oder Bedienstete** | die Kontrolle verweigert hat. |
| nicht am Ort der Kontrolle anwesend war, obwohl er darauf hingewiesen worden war, dass die Kontrolle stattfinden würde.  nicht am Ort der Kontrolle anwesend war. Er war nicht darauf hingewiesen worden, dass die Kontrolle stattfinden würde. |
| **Vom Beamten/Bediensteten auszufüllen**  Ich bin über die Ergebnisse der Kontrolle informiert worden.  Hinsichtlich der mit dem Kontrollbericht verbundenen Folgen siehe Artikel 59 Absatz 1 des Statuts der Beamten.  Ich lehne ab, dass ein ausführlicher Arztbericht in einem als vertraulich gekennzeichneten und verschlossenen Umschlag an den Vertrauensarzt des Rechnungshofs übermittelt wird. | |

Beamte/Bediensteter *(Name)* Dr. (Name)

*(Unterschrift)* (Unterschrift)

Datum Datum