|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | hessen-marke | | | | | | | | | | |
| **Erklärung zum Gesundheitszustand** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |
|  |  | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |
| **I.** | | **Hinweis an die Bewerberin/den Bewerber** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |  | |
|  |  |  | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  | | |
|  |  | Im Regelfall ist es nicht erforderlich, dass sich Bewerberinnen/Bewerber zur Feststellung ihrer gesundheitlichen Eignung für den angestrebten juristischen Vorbereitungsdienst amtsärztlich untersuchen lassen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass ihr Gesundheitszustand eine Aufnahme in den juristischen Vorbereitungsdienst zulässt und sie auch in der Lage sind, diesen in den nächsten zwei bis zweieinhalb Jahren abzuleisten. Sollten Sie sich jedoch wegen einer akuten Beeinträchtigung Ihrer physischen oder psychischen Gesundheit in ärztlicher Behandlung befinden bzw. begeben wollen oder an einer ansteckenden Krankheit leiden, dann stellen Sie sich bitte unter Vorlage dieser Erklärung Ihrem zuständigen Gesundheitsamt vor und ersuchen Sie um ein amtsärztliches Gesundheitszeugnis.  Eine amtsärztliche Untersuchung kann im Einzelfall auch dann erforderlich werden, wenn dies die Einstellungsbehörde für geboten erachtet. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | | | |
| **II.** | | **Erklärung der Bewerberin/des Bewerbers** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | | | |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | | | |
|  |  |  | | Zurzeit leide ich **nicht** an einer akuten Krankheit oder Gesundheitsstörung, die die Gesundheit anderer ernstlich **gefährdet** oder die ordnungsgemäße Ausbildung ernstlich beeinträchtigt. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | Ich leide an einer Krankheit, die die Gesundheit anderer ernstlich gefährdet oder die ordnungsgemäße Ausbildung voraussichtlich ernstlich beeinträchtigt. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  |  | |  | | |
|  |  |  | | Ich bin schwerbehindert im Sinne des SGB IX mit einem GdB von | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | |  | | |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | | | |  | | |  | |
|  |  | Ort, Datum | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | | Unterschrift | | | | | | |  | | |  | |  | | | | | |  | |
|  |  |  | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | | | | |  | | |  | |  | | | | | |  | |