

# Ärztliches Gutachten mit sozialmedizinischer Bewertung

zum Antrag auf Ruhegeld aus der Versorgungsanstalt  
der deutschen Kulturorchester

---

Versicherungs-Nummer: J/ \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

frühere Berufe: \_\_\_\_\_

Der - Die zu Untersuchende hat Antrag auf Ruhegeld gestellt. Die Anstalt gewährt bei verminderter Erwerbsfähigkeit folgende Ruhegeldarten:

## **Ruhegeld wegen Berufsunfähigkeit:**

Berufsunfähig ist der Versicherte, dessen Erwerbsfähigkeit im bisherigen Beruf auf nicht absehbare Zeit wegen Krankheit oder Behinderung um mehr als die Hälfte gemindert ist. Bisheriger Beruf ist die Tätigkeit, in der der Versicherte zuletzt bei der Anstalt versichert war.

## **Ruhegeld wegen Erwerbsunfähigkeit:**

Erwerbsunfähig ist der Versicherte, der voll erwerbsgemindert ist. Voll erwerbsgemindert ist, wer wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein; voll erwerbsgemindert ist auch der Versicherte, der wegen Art und Schwere der Krankheit oder Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein kann. Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann, dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

---

## **Bemerkung für den Arzt:**

Wir bitten Sie den Vordruck auszufüllen und Zutreffendes anzukreuzen. Angaben sind nur insoweit zu machen, als sie zur Beurteilung des Antrags von Bedeutung sind. Senden Sie das Gutachten mit der Gebührenrechnung bitte unmittelbar an die

**Versorgungsanstalt der deutschen  
Kulturorchester  
Postfach 81 08 52  
81901 München**

# I. Angaben des Antragstellers

(vom Arzt auszufüllen)

---

1. Vorgeschichte (Unfälle und frühere wichtige Krankheiten und deren Dauer, körperliche Fehler und Gebrechen):

---

2. Vorausgegangene Heilverfahren (Wann und wo?):

---

3. Jetzige Klagen und Beschwerden:

# I. Angaben des Antragstellers

(vom Arzt auszufüllen)

---

4. Seit wann und warum behindert der jetzige Zustand die Berufsausübung?

---

5. Wie wurden die Beschwerden, die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen, behandelt (möglichst mit Angaben der behandelnden Ärzte)?

## II. Ärztlicher Befund

---

Untersuchung beim Arzt - in der Wohnung des Antragstellers am \_\_\_\_\_  
(In seiner Wohnung ist der Antragsteller nur zu untersuchen, wenn es ihm wegen seines Gesundheitszustandes nicht möglich ist, den Arzt aufzusuchen).

---

1. Allgemeiner Eindruck:

## II. Ärztlicher Befund

---

2. Ausführlicher Befund; folgende Krankheiten oder Behinderungen, die die Arbeitsfähigkeit einschränken, liegen vor (genaue Krankheitsangabe in deutscher Sprache, u. U. wissenschaftliche Krankheitsbezeichnung in Klammern):

### III. Gutachten und sozialmedizinische Feststellungen

---

1. a) Die Einschränkung des Leistungsvermögens, die unter Nr. II. 2 beschrieben ist, besteht seit dem \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Warum von diesem Zeitpunkt an?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

2. Liegt begründeter Verdacht der Übertreibung oder Verstellung vor?

Ja  Nein

---

3. Wird zur Zeit noch gegen Entgelt gearbeitet?

Ja  Nein

Wenn ja, in welcher Tätigkeit und in welchem Umfang?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Erfolgt die Ausübung dieser Tätigkeit unmittelbar auf Kosten der Gesundheit?

Ja  Nein

---

4. Sozialmedizinische Feststellungen zur Berufsunfähigkeit:

4.1. Minderung des Leistungsvermögens in %

a) im bisherigen (versicherten) Beruf als \_\_\_\_\_ %

b) bei einer anderen Tätigkeit innerhalb der Berufsgruppe \_\_\_\_\_ %

Welche Tätigkeiten kommen noch in Frage?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.2. In welchem Umfang kann der Antragsteller - die Antragstellerin täglich noch arbeiten?

a) Im bisherigen Beruf

vollschichtig  halb- bis untervollschichtig  2 Stunden bis unterhalbschichtig  nicht mehr

b) Bei einer anderen Tätigkeit innerhalb derselben Berufsgruppe

vollschichtig  halb- bis untervollschichtig  2 Stunden bis unterhalbschichtig  nicht mehr

5. Sozialmedizinische Feststellungen zur Erwerbsunfähigkeit:

In welchem Umfang kann der Antragsteller - die Antragstellerin unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes täglich noch arbeiten?

- vollschichtig     mindestens 6 Stunden bis untervollschichtig     mindestens 3 Stunden bis unter 6 Stunden     weniger als 3 Stunden     nicht mehr
- 

6. a) Besteht die Aussicht auf gesundheitliche Besserung?

- Ja                                       Nein

Aus welchem Grund?

Wenn ja, in welcher Tätigkeit und in welchem Zeitraum?

b) Besteht die Aussicht auf Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (ggf. durch ein Heilverfahren)?

- Ja                                       Nein

Aus welchem Grund?

Wenn ja, in welchem Zeitraum und in welchem Umfang (ggf. durch welches Heilverfahren)?

---

7. Ist im Falle der Ruhegeldgewährung eine Nachuntersuchung angezeigt?

- Ja                                       Nein

Wenn ja, in welchem Zeitraum?

---

8. Sonstige Bemerkungen (soweit für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Bedeutung):

---

9. Kann dem Antragsteller das Gutachten auf Wunsch zur Einsicht überlassen oder in Kopie ausgehändigt werden?

Ja

Nein

---

---

Ort, Datum

---

Stempel/Siegel und Unterschrift des Arztes





---

Postanschrift: **VddKO, Postfach 81 08 52, 81901 München**

**Versicherungsnummer bei der VddKO:**

**J/O - B** \_\_\_\_\_

**Anlage**

zum vertrauensärztlichen Gutachten für die Versorgungsanstalt der deutschen Kulturorchester - VddKO -

vom \_\_\_\_\_  
(Datum)

**Vor- und Zuname:** \_\_\_\_\_

**Erklärung**

zum Antrag auf Ruhegeld wegen  
Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit

Ich entbinde den untersuchenden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht und willige in die Verwertung der Untersuchungsergebnisse durch die VddKO zur Entscheidung über meinen Ruhegeldantrag ein.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der/des Versicherten)