

3. Ich habe die folgenden Gesundheitsstörungen geltend gemacht bzw. mache sie hiermit erstmals geltend (Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bzw. Unterlagen bei.):

4. Zum Zeitpunkt meiner Tätigkeiten auf diesen Schießanlagen war ich auf folgender/n Dienststelle/n:

Dienststelle _____ von _____ bis _____
Dienststelle _____ von _____ bis _____
Dienststelle _____ von _____ bis _____

5. Ich war regelmäßig und häufig, d. h. deutlich über die jährlichen Grundlagen- und Kontrollübungen hinaus, auf Schießanlagen der Polizei tätig, die nicht dem aktuellen technischen Stand der Zeit entsprachen.
Bitte nennen Sie Ort, Art der Tätigkeit, Zeitraum und Häufigkeit.

6. Ich habe eine Angebotsvorsorge gemäß § 5 der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) wahrgenommen. (Für den Fall, dass Sie die Angebotsvorsorge wahrgenommen haben, können Sie entsprechende Untersuchungsergebnisse beifügen.)

- Ja
 Nein

Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass eine zur Entscheidung über meinen Antrag einberufene Bewertungskommission und deren Geschäftsstelle (Dienstkräfte der SE Pers B) Einsicht in die für die Bewertung erforderlichen medizinischen Unterlagen sowie in meine Personalakte nebst Dienstunfallakte nehmen können, da dies für eine positive Entscheidung der Bewertungskommission erforderlich ist.

Ich willige ein, dass im Fall der parallelen Antragstellung (Ausgleichsfonds und Dienstunfallanzeige) die relevanten Erkenntnisse, Bewertungen und Unterlagen einer Bewertungskommission und der Dienstunfallstelle zur Verfügung gestellt werden.

Für den Fall, dass die Bewertungskommission mich persönlich anhört, willige ich ein, dass je eine Vertreterin bzw. ein Vertreter der Beschäftigtenvertretungen bei der Anhörung anwesend sein dürfen.

- Ja, die Vertreter der Beschäftigtenvertretungen dürfen anwesend sein
- Nein, die Vertreter der Beschäftigtenvertretungen dürfen nicht anwesend sein

Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen bei der SE Pers B Geschäftsstelle die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen.

Datum, Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers