



Erklärung über erwerbsmindernde Folgen

Erklärung zum Dienstunfall vom _____ Aktenzeichen : 47-DU-_____

Name, Vorname	Dienststelle (Beschäftigungsschule)
Privatanschrift	LBV-Personalnummer

Ich erkläre, dass aus meinem o.a. Dienstunfall erwerbsmindernde Folgen zurückgeblieben sind.

Der behandelnde Arzt hat die unten angegebenen erwerbsmindernden Folgen festgestellt:

Stellungnahme des Arztes (ggf. Anlage beifügen):	
Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes	
Datum / Unterschrift:	

Urschriftlich zurück an

Bezirksregierung Köln
Dezernat 47-DU

50606 Köln