



LANDESFEUERWEHRVERBAND BURGENLAND



PLZ _____

Stadt- / Orts- / Betriebsfeuerwehr _____

Tauglichkeitsuntersuchungsblatt für **Atemschutzgeräteträger**

DIENSTGRAD / TITEL / NAME : _____

PLZ / ORT / STRASSE : _____

GEBURTSDATUM / SV - NR. : _____ BERUF: _____

BLUTGRUPPE:¹⁾ _____ TETANUS:¹⁾ _____ FSME:¹⁾ _____

LETZTE ATEMSCHUTZUNTERS.: _____ FW-TAUGLICH SEIT: _____

¹⁾ LT. AUSWEIS

I) ANAMNESE

Nichtzutreffendes bitte streichen, bei "JA" ev. kurze Erläuterung.

Gemeinsam von Arzt und Untersuchten auszufüllen !
(siehe Merkblatt "Richtlinien für die Tauglichkeitsuntersuchung von Feuerwehrangehörigen")

Ernste Vorerkrankungen

OPERATIONEN NEIN/JA: _____
VERLETZUNGEN / UNFÄLLE NEIN/JA: _____

Sonstige Krankheiten oder Beschwerden

SINNESORGANE NEIN/JA: _____
ATEMORGANE NEIN/JA: _____
KREISLAUFORGANE NEIN/JA: _____
STOFFWECHSEL NEIN/JA: _____
ALLERGIE NEIN/JA: _____
NERVENSYSTEM NEIN/JA: _____
NERVEN-/GEISTES-KH NEIN/JA: _____
TUMORE NEIN/JA: _____
LEBER / NIERE NEIN/JA: _____
INFEKTIONEN NEIN/JA: _____
BEWEGUNGSAPPARAT / HERNIEN NEIN/JA: _____

Risikofaktoren

NIKOTIN: _____
ALKOHOL: _____
MEDIKAMENTE: _____

Sportliche Betätigung: JA/NEIN: _____

Derzeitige auffällige Beschwerden

NEIN/JA: _____

Alle Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht und nichts verschwiegen.

Mir ist bekannt, daß bei schwerwiegenden Änderungen meines Gesundheitszustandes dies unaufgefordert dem Orts-(Stadt-)feuerwehrkommandanten zur Veranlassung einer ärztlichen Nachuntersuchung zu melden ist.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Untersuchten

