

Feuerwehrmedizin

FORMULAR TAUGLICHKEITSUNTERSUCHUNG – AKTIVSTAND DOKUMENT A

DOKUMENT A

Vom Probanden auszufüllen

Persönliche Daten:			
Vorname / Zuname:			
Geb.-Datum:	Vers.-Nr.:	Feuerwehr:	
Leiden oder litten Sie an Erkrankungen von:			
Herz oder Kreislauf	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Verdauungsorgane	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Atmungsorgane	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Gehirn/Nerven/Geist/Gemüt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Augen oder Gehör	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Harn/Geschlechtsorgane	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Stütz/Bewegungsapparat	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Allergien/ Haut	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Immunsystem	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Stoffwechsel (z.B. Zuckerkh.)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Krebs/Geschwulstkrankheiten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Alkoholmissbrauch/ Drogen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Platz/Höhenangst, Anfallsleiden	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Führerscheinbesitzer nein	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Bisherige Operationen:			
Bemerkungen:			
Impfungen (letzte Auffrischung):	Diphtherie/Tetanus:	FSME:	
Polio:	Hepatitis B:	Hepatitis A:	Sonstige:

Vom Feuerwehrarzt/-ärztin auszufüllen

Körperliche Untersuchung:		
AZ:	BMI:	Zahnstatus:
Cor:	RR:	Pulmo:
Abdomen:	Hörvermögen:	
Visus c.c.: re :/li :	Brille/ Linsen DpT: re:...../li :	
Wirbelsäule:	Gelenke:	
Tauglich: <input type="checkbox"/>	untauglich: <input type="checkbox"/>	tauglich mit Einschränkung: <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:		

Ich wurde über folgende Punkte aufgeklärt:

- Jegliche Änderung des Gesundheitszustandes ist dem Feuerwehrarzt/-ärztin oder dem Feuerwehrkommandanten zu melden.
- Meldung an Vorgesetzten, wenn aus irgendeinem Grund die körperliche oder geistige Tauglichkeit beeinträchtigt ist.
- Eine Schwangerschaft ist sofort dem Kommandanten zu melden. Keine Einsatz- oder Übungstätigkeit, keine Kurse mit körperlicher Aktivität oder Nacharbeit.
- Im Einsatz darf kein perforierender Metallschmuck im HNO-Bereich getragen werden.

.....

Feuerwehrmedizin

Dokument A verbleibt beim Feuerwehrarzt/-ärztin

(Unterschrift des Probanden)

- **FORMULAR TAUGLICHKEITSUNTERSUCHUNG – AKTIVSTAND DOKUMENT B**

DOKUMENT B

ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG ÜBER DIE FEUERWEHRTAUGLICHKEIT

FAMILIEN / VORNAME:

GEBURTSDATUM:

WOHNADRESSE:

NAME DER WEHR:

Für den Dienst in der Freiwilligen Feuerwehr: tauglich
 tauglich mit Einschränkung
 nicht tauglich

Anmerkungen des Arztes:

.....
.....

.....
Ort/Untersuchungsdatum

.....
Unterschrift Feuerwehrarzt
(Arztstempel)

Ich wurde über folgende Punkte aufgeklärt:

- Jegliche Änderung des Gesundheitszustandes ist dem Feuerwehrarzt oder dem Feuerwehrkommandanten zu melden.
- Meldung an Vorgesetzten, wenn aus irgendeinem Grund die körperliche oder geistige Tauglichkeit beeinträchtigt ist.
- Eine Schwangerschaft ist sofort dem Kommandanten zu melden. Kein Einsatz- oder Übungstätigkeit, Teilnahme an Kursen nur mit Genehmigung des Landesfeuerwehrarztes
- Im Einsatz darf kein perforierender Metallschmuck im HNO-Bereich getragen werden.

.....
(Unterschrift des Probanden)

Feuerwehrmedizin

Anmerkung: Die Weitergabe von Diagnosen ist unzulässig