AS

LANDESFEUERWEHRVERBAND BURGENLAND

PLZ _____ Stadt- / Orts- / Betriebsfeuerwehr _____

Tauglichkeitsuntersuchungsblatt für
Atemschutzgeräteträger [1]) / Feuerwehrführerschein [1])

DIENSTGRAD / TITEL / NAME : _____

PLZ / ORT / STRASSE : _____

GEBURTSDATUM / SV - NR. : _____ BERUF: _____

BLUTGRUPPE:[2]) _____ TETANUS:[2]) _____ FSME:[2]) _____

LETZTE ATEMSCHUTZUNTERS.: _____ FW-TAUGLICH SEIT: _____

[1]) Nichtzutreffendes streichen, wenn nur eine Untersuchung bestätigt wird. [2]) 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 ich schwerwiegende Änderungen meines Gesundheitszustandes unaufgefordert dem Feuerwehrkommandanten zur Veranlassung einer ärztlichen Nachuntersuchung zu melden habe.

_____ Datum _____ Unterschrift des Untersuchten

II) KLINISCHE UNTERSUCHUNG

Bitte ankreuzen, ev. kurze Erläuterung, falls Zuweisung zum Facharzt ev. Vermerk "FA".
(Siehe Merkblatt "Richtlinien für die Tauglichkeitsuntersuchung von Feuerwehrangehörigen".)

Größe: _____ Gewicht: _____ RR: _____/_____ Herzfrequenz: _____

ALLGEMEINE VORAUSSETZUNGEN:	JA	NEIN	
Ausreichende **Beweglichkeit** der Gliedmaßen			
Fähigkeit, **40 kg** zu **heben** und zu **tragen**			
Normale **psychische Belastbarkeit**, Freisein von Süchten			
Freisein von vorhersehbaren, plötzlichen **Bewusstseinsstörungen**			
BROCA - INDEX: - 20 % bis + 25 %			
Keine Zustände, die zur Beeinträchtigung des **Maskendichtsitzes** führen			
VISUS AUSREICHEND (1. AUGE > 0,5 / 2. AUGE > 0,25 / GESAMT> 0,5)			
FARBENTÜCHTIGKEIT			
HÖRVERMÖGEN (ohne Hörhilfe) für Umgangssprache > 3m			

AUSSCHLUSSKRITERIEN FÜR DIE BELASTUNG:	NEIN	JA	
pathologischer **Herzbefund**			
pathologisches **Ruhe-EKG:**			
Hypertonie (**RR** in Ruhe mehrfach über 165/95)			
Herzfrequenz (Hf.) in Ruhe > 120/min			
pathologischer **Lungenbefund**			
pathologische kleine Spirometrie			
SONSTIGE			

III) BELASTUNG

20 Kniebeugen mit angehaltenem Atem (Nasenklemme)

AUFFÄLLIGKEITEN BEI / NACH BELASTUNG:	NEIN	JA	

- erst nach Beachtung der Ausschlusskriterien!

RR: _____/_____ Herzfrequenz: _____

IV) ERGOTEST / SPIROMETRIE ZUWEISUNG ZU WEITEREN UNTERSUCHUNGEN

FA. f. **INNERE MEDIZIN**	**ERGOTEST**	**SPIROMETRIE**	_____
Datum:	Ergebnis:	Ergebnis:	Ergebnis:
Stempel / Unterschrift			

Facharzt für _____ wegen: _____	Facharzt für _____ wegen: _____
Datum: Ergebnis:	Datum: Ergebnis:
Stempel / Unterschrift	Stempel / Unterschrift

V) BEURTEILUNG

Untersuchungsintervall maximal drei Jahre! Siehe Merkblatt!

Bitte ankreuzen!

FÜR DEN ATEMSCHUTZDIENST ☐ **TAUGLICH**

☐ **NICHT TAUGLICH**

NÄCHSTE UNTERSUCHUNG ____ / ____
Monat Jahr

_____ Datum

_____ Stempel, Unterschrift des Arztes

Dieses Formular verbleibt aus rechtlichen Gründen beim untersuchenden Arzt!

LANDESFEUERWEHRVERBAND BURGENLAND

PLZ _____ Stadt- / Orts- / Betriebsfeuerwehr _____

Tauglichkeitsbestätigung für den **Atemschutzdienst [1]) / Feuerwehrführerschein [1])**

DIENSTGRAD / TITEL / NAME : _____

PLZ / ORT / STRASSE : _____

GEBURTSDATUM / SV - NR. : _____ BERUF: _____

HEPATITS:[2]) _____ TETANUS:[2]) _____ FSME:[2]) _____

LETZTE ATEMSCHUTZUNTERS.: _____ FW-TAUGLICH SEIT: _____

[1]) Nichtzutreffendes streichen, wenn nur eine Untersuchung bestätigt wird. [2]) Lt. Ausweis

Der Proband hat mit seiner Unterschrift bestätigt, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht und nichts verschwiegen zu haben.

Die Untersuchung wurde gemäß dem Merkblatt "Richtlinien für die Tauglichkeitsuntersuchung von Feuerwehrangehörigen" des Landesfeuerwehrverbandes Burgenland durchgeführt.

BEURTEILUNG:

☐ **TAUGLICH**

☐ **NICHT TAUGLICH**

NÄCHSTE UNTERSUCHUNG ____ / ____
Monat Jahr

ACHTUNG:
Bei schwerwiegenden Änderungen des Gesundheitszustandes erlischt die Tauglichkeit und der Arzt ist unaufgefordert zu einer Nachuntersuchung aufzusuchen.

_____ Datum

_____ Stempel, Unterschrift des Arztes

Dieses Formular dient zur Vorlage bei der Feuerwehr und beim LFKDO !