

# 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 <input type="checkbox"/>	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:  untauglich:  tauglich mit Einschränkung:

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.

Dokument A verbleibt beim Feuerwehrarzt/-ärztin

.....  
(Unterschrift des Probanden)

• **FORMULAR TAUGLICHKEITSUNTERSUCHUNG – AKTIVSTAND DOKUMENT B**

**DOKUMENT B**

**ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG ÜBER DIE FEUERWEHRSTAUGLICHKEIT**

FAMILIEN / VORNAME: .....

GEBURTSDATUM: .....

WOHNADRESSE: .....

NAME DER WEHR: .....

- Für den Dienst in der Freiwilligen Feuerwehr:
- |                            |                          |
|----------------------------|--------------------------|
| tauglich                   | <input type="checkbox"/> |
| tauglich mit Einschränkung | <input type="checkbox"/> |
| nicht tauglich             | <input type="checkbox"/> |

**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)

**Anmerkung:** Die Weitergabe von Diagnosen ist unzulässig