

(Stempel)

Untersuchung am:

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------



Untersuchung auf gesundheitliche Eignung für den freiwilligen Feuerwehrdienst

Untersuchungsbogen

( Bleibt beim untersuchenden Arzt )

Unterschrift des untersuchenden Arztes

Familienname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Dienststelle / Kostenträger \_\_\_\_\_

Nr.	Befund	*)	Erläuterungen
1	Fragebogen-auswertung		
2	Gesamteindruck		
3	Metr. Angaben	Größe :          cm          Brustumfang:          /          cm Halsumfang:          cm          Gewicht:          kg	
4	Nahvisus	normal <input type="checkbox"/> eingeschränkt re. <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> mit Brille korrigiert          nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
5	Fernvisus	normal <input type="checkbox"/> eingeschränkt re. <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> mit Brille korrigiert          nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	genormte Sehtafel
6	Farbtüchtigkeit	normal <input type="checkbox"/> rot/grün-gestört <input type="checkbox"/> andere Störungen <input type="checkbox"/>	Farbtafel (Ishihara)
7	Hörvermögen	normal <input type="checkbox"/> eingeschränkt re. <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/>	5 m Flüstertest
8	Nasenatmung	normal <input type="checkbox"/> behindert <input type="checkbox"/>	
9	Gebiss	saniert <input type="checkbox"/> behandlungsbed. <input type="checkbox"/>	
10	Zahnfleisch	normal <input type="checkbox"/> verändert <input type="checkbox"/>	
11	Tonsillen	normal <input type="checkbox"/> verändert <input type="checkbox"/> entfernt <input type="checkbox"/>	
12	Ernährungszustand	normal <input type="checkbox"/> adipös <input type="checkbox"/> reduziert <input type="checkbox"/>	
13	Muskulatur	kräftig <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/>	
14	Haut	normal <input type="checkbox"/> Akne <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Ekzem <input type="checkbox"/>	
15	Schilddrüse	normal <input type="checkbox"/> verändert <input type="checkbox"/>	
16	Lunge (perkus. / auskult.)	normal <input type="checkbox"/> Nebengeräusche <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Peak flow re. <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/>	auffällig: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
17	Herz (perkus. / auskult.)	normal <input type="checkbox"/> Rhythmusstörung <input type="checkbox"/> Geräusche <input type="checkbox"/> Puls/min.          RR im Sitzen          /          mm Hg Sonstiges <input type="checkbox"/>	
18	Periphere Durchblutung	normal <input type="checkbox"/> gestört <input type="checkbox"/> Krampfadern <input type="checkbox"/>	
19	Bauchorgane (palpatorisch)	normal <input type="checkbox"/> Oberbauch Druckschmerz <input type="checkbox"/> Lebervergrößerung <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Eingeweidebruch <input type="checkbox"/> Bruchanlagen <input type="checkbox"/>	
20	Brustkorb	normal <input type="checkbox"/> verändert <input type="checkbox"/>	
21	Wirbelsäule	normal <input type="checkbox"/> deformiert <input type="checkbox"/> schmerzhaft <input type="checkbox"/>	
22	Obere Gliedmaßen	normal <input type="checkbox"/> verändert <input type="checkbox"/>	
23	Grobe Kraft	re. Hand          li. Hand          Linkshänder <input type="checkbox"/>	
24	Untere Gliedmaßen	normal <input type="checkbox"/> verändert <input type="checkbox"/>	
25	Mot. u. sens. Nervensystem	grobe Auffälligkeit          nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
26	Geistes- und Gemütszustand	grobe Auffälligkeit          nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
27	Vegetatives Nervensystem	grobe Auffälligkeit          nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
28	Urin	normal <input type="checkbox"/> E pos. <input type="checkbox"/> Ubg vermehrt <input type="checkbox"/> Z pos. <input type="checkbox"/>	
29	Ergometrie	auffällig          nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Sofern erforderlich
30	Sonstiges		

**Ergänzende Untersuchungen empfohlen**    nein     ja     wegen

bei Arzt für

Augenkrankheiten <input type="checkbox"/>	Hautkrankheiten <input type="checkbox"/>	Nerven- und Gemütskrankheiten <input type="checkbox"/>
Innere Krankheiten <input type="checkbox"/>	Lungenkrankheiten <input type="checkbox"/>	sonstiges Gebiet <input type="checkbox"/>
Orthopädie <input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten <input type="checkbox"/>	

\*) hier ankreuzen, sofern auf Grund des Befundes die Ausübung bestimmter Tätigkeiten betroffen ist.

Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Nachuntersuchung <input type="checkbox"/> vorz. Nachuntersuchung <input type="checkbox"/>	Untersuchung am: <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">Tag</td> <td style="width: 33%;">Monat</td> <td style="width: 33%;">Jahr</td> </tr> </table> Letzte Untersuchung am	Tag	Monat	Jahr		<b>Untersuchung auf gesundheitliche Eignung für den freiwilligen Feuerwehrdienst</b>  <b>Fragebogen</b> (Bleibt beim untersuchenden Arzt)
Tag	Monat	Jahr				

Familienname Geburtsname Straße Postleitzahl und Ort	Vorname Geburtsdatum Beruf (ausgeübt)
---	---

<b>Dienststelle / Kostenträger</b>
Straße
Postleitzahl und Ort

<b>Traten (Treten) in Ihrer Familie folgende Erkrankungen auf ?</b>			
Herz- / Kreislaufkrankungen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Zuckerkrankheit ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Allergie ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Geisteskrankheiten ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

<b>Eigene Vorgeschichte</b>			
Herz- / Kreislaufkrankungen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Medikamente ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hoher / niedriger Blutdruck ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Drogen ? Welche, wie viel ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Herzrhythmusstörungen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Nikotin ? Wie viel ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Herzinfarkt ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Alkohol ? Wie viel ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Krampfadern, Thrombosen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Stationäre Behandlung im Krankenhaus ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Durchblutungsstörungen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Operationen ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Asthma, häufig Bronchitis ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Ärztliche Behandlung zur Zeit ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Tuberkulose ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Tumorerkrankungen ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Erkrankung von Leber und Gallenblase ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Arbeitsplatzwechsel aus Gesundheitsgründen ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Gelbsucht (Hepatitis) ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Vorzeitiger Ruhestand aus Gesundheitsgründen ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
HIV positiv ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Blasen-Nieren-Erkrankungen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Grad der Behinderung (GdB) ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Magen-Darm-Erkrankungen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Magen-Darm-Geschwür ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Zuckerkrankheit ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Gicht ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Schilddrüsenerkrankungen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Gelenkserkrankungen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Impfungen gegen Tetanus ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bandscheibenbeschwerden ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Hepatitis A / B ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Krampfanfälle ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Lähmungen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Häufig Nasenbluten, blaue Flecken ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Allergie ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Berufliche Gefährdungen früher / heute ?
Augenerkrankungen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Brille ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Ohrenkrankheiten ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Unfälle, Verletzungen ?
Schwerhörigkeit ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Hautkrankheiten ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Rheuma, Fieber ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Zusätzliche Angaben (z.B. Kinderkrankheiten):
Schlaganfall ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sonstige ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Neigung zu</b>	Schwindel	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<b>Erklärung:</b> Ich habe dem untersuchenden Arzt alles mitgeteilt, was für die Beurteilung meiner gesundheitlichen Eignung für den freiwilligen Feuerwehrdienst bedeutsam sein könnte. Ich bin damit einverstanden, dass dem Arzt die für die Beurteilung benötigten Befunde und Unterlagen zur Verfügung gestellt werden und dass der untersuchende Arzt seine Stellungnahme dem Träger der Feuerwehr (Stadt, Gemeinde, Verbandsgemeinde) zusendet.
	Kollaps	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Übelkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Husten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Atemnot	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Angstzuständen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Sonstigem	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

.....  
Datum, Unterschrift des / der Untersuchten

(Stempel)

Untersuchender Arzt



**Ärztliche Stellungnahme  
über die gesundheitliche Eignung für  
den freiwilligen Feuerwehrdienst**

**Erhält der Untersuchte und der Träger  
(Kopie bleibt beim untersuchenden Arzt)**

Herr / Frau

geb. am

Anschrift

wurde von mir am

untersucht.

Auf Grund der Untersuchung

bestehen keine gesundheitlichen Bedenken

sollte Herr / Frau bei folgenden Tätigkeiten / Funktionen

nicht eingesetzt werden:

Begründung:

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des Arztes