



Langenlebarner Straße 108
3430 Tulln
Telefon: 02272/9005-13170
Telefax: 02272/9005-13135
Homepage: <http://www.noelfv.at>
E-Mail: post@noelfv.at

Bestätigung der Tauglichkeitsuntersuchung

gemäß Empfehlung des NÖ Landesfeuerwehrverbandes

verbleibt beim **ARZT**

| | | | |
|----------------------|----------------------|--|----------------------|
| | | Ist von der Feuerwehr (Verwalter) auszufüllen! | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Zuname | Vorname | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Titel/Dienstgrad | | Soz. Vers. Nr. | Geb. Datum |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| PLZ/Ort | Straße | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Feuerwehrnummer | Standesbuchnummer | | |

Auf Grund der, am durchgeführten Untersuchung des/der oben Genannten,
kann eine Tauglichkeit für die Tätigkeiten als –

Feuerwehrmitglied
mit Einschränkungen auf
zum heutigen Tag bestätigt werden.

.....
Datum:

.....
Stempel, Unterschrift Arzt:

Atemschutzgeräteträger mit der WZ

Datum der Ergo-/Spirometrie

Mitglied im Strahlenschutz

Feuerwehrtaucher

Schutzanzugträger

zum heutigen Tag bestätigt werden.

Nächste Untersuchung spätestens

Monat Jahr

.....
Datum:

.....
Stempel, Unterschrift Arzt:

Das Untersuchungsergebnis nehme ich zur Kenntnis, insbesondere die Verpflichtung zur zeitgerechten Nachuntersuchung.
Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass eine Tätigkeit im Feuerwehrdienst während einer Schwangerschaft und bei Vorliegen einer Erkrankung, Beeinträchtigung durch Alkohol oder Drogen oder sonstige belastende Einflüsse eingeschränkt wird und **gegebenenfalls keine** Tauglichkeit vorliegt. Ich bestätige auch die Richtigkeit der Angaben gegenüber dem untersuchenden Arzt, die auf dem Folgeblatt dokumentiert wurden.

.....
Unterschrift des(der) untersuchten Feuerwehrmitgliedes

Wertungsziffern:

WZ 1 X: uneingeschränkt tauglich lt. Empfehlung Tauglichkeitsunters.

WZ 1 a: tauglich, Untersuchung im kürzeren Abstand

WZ 2 : vorübergehend untauglich, Wiedervorstellung nach

2 a: fachärztlicher Abklärung

2 b: Behandlung

2 c: Verordnung

WZ 3 X: auf Dauer ungeeignet



Allgemeine Einsatztauglichkeit

Vorgeschichte (Zwischenanamnese):

WZ

Beruf:

besondere Belastungen:

Familienanamnese:

Frühere Krankheiten / Operationen / Unfälle:

Beschwerden derzeit:

betreibt Sport:

Allergie:

Alkohol:

Nikotin:

Suchtgifte:

Medikamente:

Die oben stehenden Angaben bestätige ich, und insbesondere, dass ich kein Anfallsleiden habe, auch keine Schwindelattacken. Eventuell hinzukommende Veränderungen meines Gesundheitszustandes (auch Schwangerschaft) werde ich melden.

Datum:

Unterschrift des Probanden:

Status

WZ

Habitus:

Größe:

Gewicht:

Bauchumfang:

Visus: (ohne/mit Sehbehelf)

re:

li:

Farbsehen:

HNO: TF intakt:

Pertub.:

Hörvermögen(Umgangssprache 6 m) re:

li:

Zähne:

Schilddrüse:

Gesichtsnarben:

Thorax:

Lunge:

Herz:

Abdomen:

Bauchdecke(Hernien):

Leber:

Milz:

Nierenloggen:

Bewegungsapparat.

Wirbelsäule:

Arme:

Beine:

Haut:

Neurolog./psychiatr.:

Wertungsziffern:

WZ 1 X: uneingeschränkt tauglich lt. Empfehlung Tauglichkeitsunters.

WZ 1 a: tauglich, Untersuchung im kürzeren Abstand

WZ 2 : vorübergehend untauglich, Wiedervorstellung nach

2 a: fachärztlicher Abklärung

2 b: Behandlung

2 c: Verordnung

WZ 3 X: auf Dauer ungeeignet

ARZT



Spezielle Tauglichkeit

Kurzanamnese

| | Ja (Angabe der Krankheiten bzw. Medikamente) | nein |
|---|--|------|
| Erkrankungen des Herzens, Kreislaufes, Blutdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzklappenentzündung | | |
| Erkrankung der Lunge | | |
| Frühere Operationen | | |
| Regelmäßige Medikamente | | |
| Erkrankungen nach denen nicht gefragt wurde | | |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Antworten gegenüber dem Arzt

Datum:

Unterschrift des Probanden:

Ergometrie / Ergotest

WZ

Ruhe: RR / Puls (/min)

Belastung: RR / (max.) Puls (/min) (max.)

EKG-Beurteilung: Ruhe: Belastung:

Belastung: 6 * min. *, 175 Watt *

Abbruch wegen:

Spirometrie

WZ

VK_(soll) ml VK_(ist) ml FEV₁ ml/s

% VK_(ist) / VK_(soll) % FEV₁ % VK_(ist) %

Datum, Unterschrift der untersuchenden Stelle:

Stempel:

Wertungsziffern:

WZ 1 X: uneingeschränkt tauglich lt. Empfehlung Tauglichkeitsunters.
 WZ 1 a: tauglich, Untersuchung im kürzeren Abstand

WZ 2 : vorübergehend untauglich, Wiedervorstellung nach
 2 a: fachärztlicher Abklärung
 2 b: Behandlung
 2 c: Verordnung
 WZ 3 X: auf Dauer ungeeignet