Freiwillige Feuerwehr / Betriebsfeuerwehr: ……………..…………………………………

**Untersuchungsblatt für den Atemschutzdienst**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Titel / Name : |  |  |  |  |
| PLZ / ORT / STRASSE : |  |  |  |  |
| GEBURTSDATUM / SV - Nr. : |  |  | TETANUS:1)  |  |
| HEPATITIS A:1) |  | HEPATITIS B:1) |  | FSME:1) |  |
| BLUTGRUPPE:1) |  | BERUF: |  |
|

|  |
| --- |
| ERSTUNTERSUCHUNG / KONTROLLUNTERSUCHUNG  ( letzte: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ ) |

 |

¹) 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)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | nein | JA | - erst nach Beachtung der Ausschlusskriterien! |
| **auffälligkeiten bei / nach Belastung:** |  |  |  |

 RR: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Herzfrequenz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IV) ERGOTEST / SPIROMETRIE / ZUWEISUNG zu weiteren Untersuchungen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FA. f. **INNERE MEDIZIN**Datum:Stempel / Unterschrift | **ERGOTEST**Ergebnis: | **SPIROMETRIE**Ergebnis: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ergebnis: |
| Facharzt für **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** wegen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Datum: Ergebnis:Stempel / Unterschrift | Facharzt für **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** wegen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Datum: Ergebnis: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!