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

**Tauglichkeitsbestätigung für den Atemschutzdienst**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Titel / Name : |  |  |  |  |
| PLZ / ORT / STRASSE : |  |  |  |  |
| GEBURTSDATUM / SV - Nr. : |  |  | TETANUS:1)  |  |
| HEPATITIS A:1) |  | HEPATITIS B:1) |  | FSME:1) |  |
| ERSTUNTERSUCHUNG / KONTROLLUNTERSUCHUNG  ( letzte: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ ) |
|  |

¹) Lt. Ausweis

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

Die Untersuchung wurde gemäß der Dienstanweisung Nr. 4.7.1. „Tauglichkeitsuntersuchungen für Mitglieder von Freiwilligen Feuerwehren“ des Bgld. Landesfeuerwehrverbandes 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 Burgenland!