



Bestätigung der Tauglichkeitsuntersuchung für Atemschutzträger unter 18 Jahren

gemäß Dienstanweisung 1.5.3 des NÖ Landesfeuerwehrverbandes

Zuname			Vorname		
Titel		Soz.Vers.Nr.		Geb. Datum	
PLZ		Ort		Straße	
Feuerwehrnummer			Standesbuchnummer		
Feuerwehreintritt am					
Datum letzte ärztliche Tauglichkeitsuntersuchung					

Persönliches **Gespräch** mit dem Feuerwehrkommandanten ja / nein Datum:

Medizinischer **Fragebogen** ausgefüllt ja / nein Datum:

Leistungstest

Erfolgreicher Cooper Test ja / nein Datum:

Erfolgreicher Fahrradtest ja / nein Datum:

Status

Habitus: Größe: Gewicht: Bauchumfang:

Visus: (ohne/mit Sehbehelf) rechts: links: Farbsehen:

HNO: TF intakt: Pertub.: Hörvermögen (Umgangssprache 6 m) re: li:

Zähne: Schilddrüse: Gesichtsnarben:

Thorax: Lunge: Herz:

Abdomen: Bauchdecke (Hernien): Leber: Milz: Nierenlogen:

Bewegungsapparat. Wirbelsäule: Arme: Beine:

Haut: Neurolog./psychiatr.:

Tauglich für Atemschutzeinsatz ja / nein

Nächste ärztliche Atemschutztauglichkeitsuntersuchung Jahr:

Ort, Datum:

Unterschrift Arzt:

Unterschrift Feuerwehrmitglied:

Unterschrift Feuerwehrkommandant: