



**Erfüllung der Kriterien zur**  
**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: .....

**Status (Beilage 3b, Seite 2) ausgefüllt** ja / nein Datum: .....

**Leistungstest**

Erfolgreicher Cooper Test ja / nein Datum: .....

Erfolgreicher Fahrradtest ja / nein Datum: .....

**Erfüllung der vom Landesfeuerwehrrat beschlossenen Kriterien zum Atemschutzeinsatz** ja / nein

Nächste ärztliche Atemschutztauglichkeitsuntersuchung Jahr: .....

Ort, Datum: .....

Unterschrift Arzt: .....

Unterschrift Feuerwehrmitglied: .....

Unterschrift Feuerwehrkommandant: .....

.....  
(Feuerwehrnummer/Standesbuchnummer)

**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.: ..... Blutdruck (mmHg) ...../.....

Ort, Datum: .....

Unterschrift Arzt: .....