



**Erfüllung der Kriterien zur  
 Tauglichkeitsuntersuchung für Atemschutzträger**

gemäß Dienstanweisung 1.5.3 des NÖ Landesfeuerwehrverbandes

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

**Leistungstest**

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

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

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

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

**Vorsorgeuntersuchung** ja / nein Datum: .....

Kard/Vask **Risikoberechnung (40-65 J.)** ..... % Datum: .....

**Fachärztliche Abklärung** 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: .....