

# FRAGEBOGEN

## ALLGEMEINE FEUERWEHREINSATZ- TAUGLICHKEIT (AET)



Original des Fragebogens verbleibt bei der Feuerwehr!

### PERSÖNLICHE DATEN

**Geschlecht:**  weiblich  männlich  
**Zuname:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_  
**geb. Datum:** \_\_\_\_\_ **SVNr.:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**Feuerwehr:** \_\_\_\_\_

### BLOCK A:

**Größe:** \_\_\_\_\_ cm **Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg **BMI:** \_\_\_\_\_ (kg/(Größe in m)<sup>2</sup>)

Ausreichende Beweglichkeit der Gliedmaßen:  ja  nein

Ausreichendes Sehvermögen (ohne oder durch Sehhilfe):  ja  nein

(Mindestanforderung: Visus 0,5 (am besseren Auge); bei Einäugigkeit Visus 0,8)

mit Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen)  ohne Sehhilfe

Ausreichendes Farbsehen:  ja  nein

Ausreichendes Hörvermögen (mit oder ohne Hörgerät):  ja  nein

(Mindestanforderung: Konversationssprache 3m)

mit Hörgerät  ohne Hörgerät

### BLOCK B:

Fähigkeit, 40 kg zu heben und zu tragen:  ja  nein

Normale psychische Belastbarkeit:  ja  nein

Frei von Platzangst, Höhenangst:  ja  nein

### BLOCK C:

#### Frei von einer Erkrankung an:

**Herz oder Kreislauf (u.a. hoher Blutdruck)**  ja  nein

**Lunge, Atemwege:**  ja  nein **Haut:**  ja  nein

**Muskulatur:**  ja  nein **Gelenke:**  ja  nein

**Verdauungsorgane:**  ja  nein **Stoffwechsel**

**Harntrakt (Nieren, Harnleiter):**  ja  nein (z.B. Zucker):  ja  nein

#### Frei von:

**Allergien:**  ja  nein **Süchten** (Alkohol,

**Anfallsleiden** (z.B. Epilepsie):  ja  nein Drogen,...):  ja  nein

**Gleichgewichtsstörungen,** **Körperlicher**

**Schwindel:**  ja  nein **Behinderung:**  ja  nein

**Sonstigen, nicht abgefragten Erkrankungen:**  ja  nein

**BLOCK D: BEI FRAUEN: BESTEHT EINE SCHWANGERSCHAFT?** nein  ja**BLOCK E: IMPFUNGEN**

|                       |                          |                            |                                  |
|-----------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| Tatanus:              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> weiß nicht |
| FSME (Zeckenimpfung): | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> weiß nicht |
| Hepatitis A:          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> weiß nicht |
| Hepatitis B:          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> weiß nicht |

**BESTÄTIGUNG**

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass meine Angaben vollständig und richtig gemacht sind und der Wahrheit entsprechen. Ich bin damit einverstanden, dass die auf dem Fragebogen angeführten Daten von Mitgliedern des Feuerwehrkommandos eingesehen werden können.

.....  
(Datum und Unterschrift des/ der Anwärters/ Anwärtlerin)

.....  
(Bei Minderjährigen bis zum vollendeten 18. LJ:  
Datum und Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

**BEWERTUNG (gemäß schriftlicher ärztlicher Anweisung zur Bewertung des Fragebogens)**

Anwärter/ Anwärtlerin ist:  tauglich\*  bedingt tauglich\*\*  
 ärztliche Eignungsuntersuchung erforderlich\*\*\*

\* JA bei allen Fragen bei Fragenblock A, B, C

\*\* Ein oder mehrere NEIN bei Fragenblock B, BMI >= 40

\*\*\* Ein oder mehrere NEIN bei Fragenblock A, C

Anmerkung: \_\_\_\_\_

.....  
(Datum und Unterschrift des Kommandanten)

**KENNTNISNAHME DES ANWÄRTERS/ ANWÄRTERIN (Bei Aufnahme in den aktiven Feuerwehrdienst)**

Ich wurde vom Feuerwehrkommandanten aufgeklärt:

- Während eines Krankenstandes, bei Umständen, welche die gesundheitliche Eignung für Einsätze in Frage stellen (bei Frauen: während einer Schwangerschaft sowie im Mutterschutz) weder an Einsätzen noch an Übungen teilzunehmen und dass dies dem Feuerwehrkommandanten oder dem Kommandanten meiner taktischen Feuerweereinheit umgehend bekanntzugeben ist.
- Dass im Einsatz kein perforierender Metallschmuck im HNO-Bereich getragen werden darf (z.B. Piercing, Ohringe).
- Welche Tätigkeiten ich bei bedingter Allgem. Einsatztauglichkeit im Feuerwehrdienst nicht ausführen darf.
- Ich bin mit der elektronischen Datenerfassung des Untersuchungsergebnisses in syBOS des OöLFV einverstanden.

.....  
(Datum und Unterschrift des/ der Anwärters/ Anwärtlerin)

.....  
(Bei Minderjährigen bis zum vollendeten 18. LJ:  
Datum und Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)