UNTERSUCHUNGSBLATT
ALLGEMEINE FEUERWEHREINSATZ-TAUGLICHKEIT (AET)

Oö. LANDES FEUERWEHR VERBAND

○ Feststellung der Allgemeinen Feuerwehreinsatztauglichkeit ○ Verlängerung des Feuerwehr-Führerscheines

○ *Erstuntersuchung** ○ *Nachuntersuchung*** ○ *periodische-* ○ *zusätzliche Kontrolluntersuchung***

PERSÖNLICHE DATEN

Vom/ von Probanden/ Probandin auszufüllen:

Geschlecht: ○ weiblich ○ männlich

Zuname: _____ **Vorname:** _____

geb. Datum: _____ **SVNr.:** _____ / _____

Feuerwehr: _____ **syBOS- Nr.:** _____

Größe: _____ cm **Gewicht:** _____ kg

EIGENANAMNESE:

Leiden Sie an Erkrankungen:

Allergien:	○ nein	○ ja	Verdauungsorgane:	○ nein	○ ja
Herz & Kreislauf:	○ keine	○ ja	Gehirn / Nerven /		
Hoher Blutdruck:	○ keine	○ ja	Geist / Gemüt:	○ nein	○ ja
Atmungsorgane:	○ nein	○ ja	Harntrakt:	○ nein	○ ja
Augen:	○ nein	○ ja	Stoffwechsel		
Gehör:	○ nein	○ ja	(z.B. Zucker):	○ nein	○ ja
Stütz-/ Bewegungsapparat:	○ nein	○ ja			

Sonstiges:

Platz/ Höhenangst:	○ nein	○ ja	Frei von Süchten		
Sprachstörung:	○ keine	○ ja	(Alkohol, Drogen,…):	○ nein	○ ja

Operationen: _____

Anmerkungen: _____

Regelm. Medikamente: ○ nein ○ ja, welche: _____

Raucher: ○ nein ○ ja, wie viele: _____ Stück pro Tag

Impfungen: ☐ Tetanus ☐ FSME ☐ Hepatitis A

☐ Hepatitis B ☐ weiß nicht

☐ Sonstige: _____

syBOS-Nr:

Vom/ von Arzt/ Ärztin auszufüllen:

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG

BMI: _____ **Bauchumfang:** _____ cm (BU, Nabelhöhe) **WHtR:** _____ (BU/KGr)

AZ: _____ **Zahnstatus:** _____

KOPF/ HALS:

Sehvermögen *ohne Sehhilfe* **Rechts:** _____ **Links:** _____

Sehvermögen *mit Sehhilfe, sofern erforderlich* **Rechts:** _____ **Links:** _____

Sehhilfe: ○ nein ○ Brille ○ Kontaktlinsen

Farbsehen (NUR bei Erstuntersuchung!) (Anamnestisch, bei Zweifel Ishihara): _____

Hörvermögen (*Hörweitentest*) **Rechts:** _____ **Links:** _____

Mit Hörgerät: ○ nein ○ ja

COR:	○ unauffällig	○ auffällig:	
RR: ____ / ____	**Puls:** _____ l/min		
PULMO:	○ unauffällig	○ auffällig:	
ABDOMEN:	○ unauffällig	○ auffällig:	
Hernien:	○ nein	○ ja	
WIRBELSÄULE:	○ unauffällig	○ auffällig:	
GELENKE:	○ unauffällig	○ auffällig:	
HAUT:	○ unauffällig	○ auffällig:	
NERVENSYS./ PSYCHE:	○ unauffällig	○ auffällig:	

ÄRZTLICHE STELLUNGNAHME:

Proband/ Probandin ist:

○ tauglich ○ bedingt tauglich*

○ vorübergehend untauglich** ○ untauglich auf Dauer

Anmerkung: _____

……

(Datum, Stampiglie, Unterschrift des Arztes /der Ärztin)

syBOS-Nr:

TAUGLICHKEITSBESCHEINIGUNG
FÜR ALLGEMEINE EINSATZTAUGLICHKEIT

Oö. LANDES FEUERWEHR VERBAND

◯ *Erstuntersuchung** ◯ *Nachuntersuchung*** ◯ *periodische-* ◯ *zusätzliche Kontrolluntersuchung***

Vom/ von Probanden/ Probandin auszufüllen:

Zuname: _____ **Vorname:** _____

geb. Datum: _____ **SVNr.:** 0___ / 0_____

Feuerwehr: _____ **syBOS- Nr.:** _____

KENNTNISNAHME DURCH FEUERWEHRMITGLIED:

Ich bin mit der elektronischen Datenerfassung des Untersuchungsergebnisses *(tauglich, eingeschränkt (bedingt) tauglich, vorübergehend untauglich, untauglich auf Dauer)* in der syBOS-Feuerwehrverwaltung einverstanden.

……..…

(Datum, Unterschrift des Feuerwehrmitgliedes)

Vom/ von Arzt/ Ärztin auszufüllen:

◯ **ALLGEMEINEN FEUERWEHRDIENST** ◯ **Verlängerung des Feuerwehr-Führerscheins**

Aufgrund der medizinischen **Untersuchung vom** _____ zum/ zur

◯ **tauglich**

◯ **bedingt tauglich****

◯ **vorübergehend untauglich** (Nachuntersuchung in/ am _____)

◯ **untauglich auf Dauer**

**** Zumutbare Tätigkeiten im Allgemeinen Feuerwehrdienst:**

◯ **Verwaltungsdienst** ◯ **Funk- und Lotsendienst**

◯ **Sonstiges:** _____

****Ausgeschlossene Tätigkeiten im Allgemeinen Feuerwehrdienst:**

_____

……..…

(Datum, Stampiglie, Unterschrift des Arztes/ der Ärztin)

DIESE TAUGLICHKEITSBESCHEINIGUNG IST BEI DER FEUERWEHR AUFZUBEWAHREN

(Fassung 09/2015) Version 1.2 22.05.2017