

# Tauglichkeitsuntersuchung für Feuerwehrleute

## Formular für die/den Ärztin/Arzt

Zuständiges Feuerwehrkommando \_\_\_\_\_

- Für den allgemeinen Feuerwehrdienst
- Für den Atemschutz
- Schwere Motorfahrzeuge der Kategorie C/C1

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Feuerwehr seit \_\_\_\_\_

Atemschutz seit \_\_\_\_\_

### 1 Anamnese (Ergänzung zum Fragebogen für AdF)

#### 1.1 Befinden

1.1.1 Jetziges Befinden  gut

#### 1.2 Persönliche Anamnese

1.2.1 Frühere Krankheiten, Hospitalisationen  keine

1.2.2 Operationen  keine

1.2.3 Unfälle  keine

1.2.4 Abklärungen, Behandlungen  keine

#### 1.3 Familienanamnese

1.3.1 Kardiovaskuläre Erkrankungen  keine

1.3.2 Andere Erkrankungen  keine

#### 1.4 Systemanamnese

##### 1.4.1 Herz/Kreislauf

1.4.1.1 Probleme bei maximalen körperlichen Belastungen  keine

1.4.1.2 Thoraxschmerzen/Dyspnoe  keine

1.4.1.3 Anderes \_\_\_\_\_

##### 1.4.2 Atmungsorgane

1.4.2.1 Asthma  kein

1.4.2.2 Anderes \_\_\_\_\_

##### 1.4.3 Bauchorgane

1.4.3.1 Nierensteine  keine

1.4.3.2 Anderes \_\_\_\_\_

#### 1.4.4 Nervensystem

- 1.4.4.1 Kopfschmerzen  keine
- 1.4.4.2 Schwindel  kein
- 1.4.4.3 Plötzlicher Bewusstseinsverlust, Epilepsie  keine
- 1.4.4.4 Anderes

#### 1.4.5 Bewegungsapparat

- 1.4.5.1 Wirbelsäule
- 1.4.5.2 Andere

#### 1.4.6 Psyche

- 1.4.6.1 Höhenangst  keine
- 1.4.6.2 Platzangst  keine
- 1.4.6.3 Panik-Attacken  keine
- 1.4.6.4 Anderes

#### 1.4.7 Sinnesorgane

- 1.4.7.1 Augen, Sehhilfen  ohne Korrektur  mit Korrektur  Normal
- 1.4.7.2 Gehör  o. B.

#### 1.4.8 Allergien

- 1.4.8.1 Insektenstiche
- 1.4.8.2 Anderes

#### 1.4.9 Gynäkologie

- 1.4.9.1 Schwangerschaft
- 1.4.9.2 Anderes

#### 1.4.10 Noxen

- 1.4.10.1 Alkohol  nie  selten  gelegentlich  täglich
- 1.4.10.2 Nikotin  nie  ja (Anzahl py)  stopp seit
- 1.4.10.3 Drogen (welche, wie oft, seit wann)

#### 1.4.11 Medikamente (genaue Dosierung)

keine regelmässig

#### 1.4.12 Sport

Was

Wie oft pro Woche

#### 1.4.13 Militärdienst/Zivilschutz/Zivildienst

- ja
- nein, warum nicht?

#### 1.4.14 Bemerkungen

## 2 Status

### 2.1 Allgemeines

Grösse in m	Gewicht	BMI
-------------	---------	-----

### 2.2 Hals, Atemwege

2.2.1	Mund, Rachen, Schilddrüse, Lymphknoten	<input type="checkbox"/> keine
-------	--	--------------------------------

2.2.2	Lunge	<input type="checkbox"/> Auskultation o. B.	<input type="checkbox"/> Perkussion o. B.
-------	-------	---	---

2.2.3	Anderes	
-------	---------	--

### 2.3 Herz, Kreislauf

2.3.1	BD	Puls	Regelmässig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-------	----	------	-------------	-----------------------------	-------------------------------

2.3.2	Herzauskultation	<input type="checkbox"/> reine Herztöne	<input type="checkbox"/> keine Geräusche
-------	------------------	---	--

2.3.3	Halsvenen/HJR	<input type="checkbox"/> o. B.
-------	---------------	--------------------------------

2.3.4	Pulsstatus	<input type="checkbox"/> radialis bds. o. B.	<input type="checkbox"/> dorsalis pedis bds. o. B.
-------	------------	--	--

2.3.5	Anderes	
-------	---------	--

### 2.4 Abdomen

2.4.1	Leber, Milz	<input type="checkbox"/> Abdominalpalpation
-------	-------------	---

2.4.2	Gefässgeräusche	<input type="checkbox"/> Carotis bds. keine	<input type="checkbox"/> abdominal keine	<input type="checkbox"/> inguinal keine
-------	-----------------	---	--	---

2.4.4	Hernien/Bruchpforten	<input type="checkbox"/> keine
-------	----------------------	--------------------------------

2.4.5	Anderes	
-------	---------	--

### 2.5 Bewegungsapparat

2.5.1	Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> o. B.
-------	-------------	--------------------------------

2.5.2	Extremitäten, Gelenke	<input type="checkbox"/> o. B.
-------	-----------------------	--------------------------------

2.5.3	Anderes	
-------	---------	--

### 2.6 Sinnesorgane

#### 2.6.1 Augen

2.6.1.1	Fernvisus ohne Korrektur	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
---------	--------------------------	--------------------------------	---------------------------------

2.6.1.2	Fernvisus mit Korrektur	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
---------	-------------------------	--------------------------------	---------------------------------

2.6.1.3	Nahvisus ohne Korrektur	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
---------	-------------------------	--------------------------------	---------------------------------

2.6.1.4	Horizontales Gesichtsfeld binokular	<input type="checkbox"/> minimal 140 Grad	<input type="checkbox"/> minimal 120 Grad	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
---------	-------------------------------------	---	---	--

2.6.1.5	Stereosehen (z. B. Lang-Test)	<input type="checkbox"/> o. B.
---------	-------------------------------	--------------------------------

2.6.1.6	Pupillenreaktion	<input type="checkbox"/> direkt und konsensuell o. B.
---------	------------------	---

2.6.1.7	Augenbeweglichkeit	<input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt
---------	--------------------	--

2.6.1.8	Anderes (Nystagmus, Doppelbilder)	<input type="checkbox"/> o. B.
---------	-----------------------------------	--------------------------------

#### 2.6.2 Ohren

2.6.2.1	Flüsterzahlen (mind. 6/4 m)	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
---------	-----------------------------	--------------------------------	---------------------------------

### 2.7 Nervensystem

2.7.1	Romberg	<input type="checkbox"/> o. B.	Unterberg oder Strichgang	<input type="checkbox"/> normal	FNV	<input type="checkbox"/> o. B.	Tremor	<input type="checkbox"/> keine
-------	---------	--------------------------------	---------------------------	---------------------------------	-----	--------------------------------	--------	--------------------------------

2.7.2	Vegetative Störungen	<input type="checkbox"/> keine
-------	----------------------	--------------------------------

2.7.3	Anderes	
-------	---------	--

## 2.8 Psyche

unauffällig

## 2.9 Bemerkungen

# 3 Zusatzuntersuchungen für Atemschutzgeräteträger

## 3.1 Labor

## 3.2 Spirometrie

3.2.1 Forcierte Vitalkapazität (FVC)

3.2.2 Erstsekundenkapazität (FEV1)

3.2.3 Tiffenau (FEV1/FVC x 100)

## 3.3 Leistungstest bzw. Belastungs-EKG: gem. separatem Protokoll

3.3.1 12-Minuten-Lauf  Datum  Zielwert erfüllt, Wert  nicht erfüllt, Wert

3.3.2 Lecoro-Test  Datum  Zielwert erfüllt, Wert  nicht erfüllt, Wert

3.3.3 Belastungs-EKG  Datum  Zielwert erfüllt, Wert  nicht erfüllt, Wert

3.3.4 Laufband-Ergometrie  Datum  Zielwert erfüllt, Wert  nicht erfüllt, Wert

## 4 Bemerkungen (Ergänzungen zu den Befunden)

## 5 Entscheid

Für	den allg. Feuerwehrdienst	den Atemschutz	die Kategorie C/C1
Tauglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zurückgestellt bis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untauglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorzeitige Untersuchung	<input type="checkbox"/> Datum	<input type="checkbox"/> Datum	<input type="checkbox"/> Datum

## Bemerkungen zum Entscheid

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Der Fragebogen und die Untersuchungsergebnisse bleiben bei der untersuchenden Ärztin/dem untersuchenden Arzt.  
Die ärztlichen Zeugnisse sind den zuständigen Stellen weiterzuleiten.