

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.