

Tauglichkeitsuntersuchung für Feuerwehrleute

Fragebogen für Angehörige der Feuerwehr (AdF)

Name _____

Vorname _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon/Mobile _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____

Aktuelle Tätigkeit _____

Datum letzte feuerwehrärztliche
Untersuchung _____ Atemschutz seit _____

Allgem. Feuerwehrdienst seit _____ Ausweis C/C1 ja nein

Zuständiges Feuerwehrkommando _____

Frage/Zutreffendes bitte ankreuzen	nein	ja	Nähere Angaben
Sind Sie zur Zeit gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bestehen oder bestanden bei Ihnen jemals Krankheiten, Störungen oder Beschwerden:			
der Atmungsorgane (Asthma, Bronchitis, Lungenentzündung, anderes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
des Herzens, des Kreislaufes oder der Blutgefäße (Probleme bei maximalen körperlichen Belastungen, plötzlicher Bewusstseinsverlust, Herzfehler, Herzklopfen, erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Herzschwäche, Durchblutungsstörung, Hirnschlag, Krampfadern, Venenentzündung, Thrombose, andere)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
des Nervensystems (Epilepsie, Schwindel, Lähmung, andere)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
der Psyche (Platzangst, Höhenangst, Panikattacken, Depressionen, Selbsttötungsversuch, Psychosen, anderes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
der Verdauungs- oder Bauchorgane (Nierensteine, Gelbsucht, Lebererkrankungen, anderes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
des Stoffwechsels oder des Blutes (erhöhte Blutzuckerwerte, Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Schilddrüsenkrankheit, Blutarmut, Gerinnungsstörungen, anderes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
des Immunsystems oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tropenkrankheiten, HIV-Infektion, anderes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Frage/Zutreffendes bitte ankreuzen	nein	ja	Nähere Angaben
der Haut (Ekzem, Allergien, anderes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
des Bewegungsapparates (Wirbelsäule, Bandscheiben, Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen, Arthrose, Rheuma, anderes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
des Gehörs (Schwerhörigkeit, Lärm- oder Knalltrauma, Entzündungen, anderes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
der Augen (Abweichungen von der normalen Sehschärfe, Sehschwäche, Netzhauterkrankungen, anderes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie Brillenträger/in ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie Kontaktlinsenträger/in ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Krankheiten, Störungen oder Beschwerden , nach denen oben nicht gefragt wurde (Geburtsgebrechen, Missbildungen, Geschwulst, Krebs anderes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten, die einen Spitalaufenthalt oder eine Operation erforderlich machten und/oder an deren Folgen Sie leiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie in Spitälern oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen untersucht, behandelt oder operiert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurden Ihnen Ruhe-, Diät-, Entziehungs- oder andere Kuren verschrieben oder sind solche vorgesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Für Frauen : Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gab oder gibt es in Ihrer Familie (Blutsverwandte, insbesondere Eltern und Geschwister) Herz- oder Gefässkrankheiten, Herzinfarkt vor dem 50. Lebensjahr, Bypass-Operationen, erhöhte Blutdruckwerte, erhöhte Cholesterinwerte, Zuckerkrankheit, Schlaganfälle, Erbkrankheiten, anderes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie regelmässig oder gelegentlich Medikamente (insbesondere auch Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmittel) ein und warum? Genau Bezeichnung und Dosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie an Allergien (Heuschnupfen, Asthma, Insektenstichallergien, Medikamente, andere)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rauchen Sie? Wie viel? Wie lange?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trinken Sie Alkohol ? Wie oft? Wie viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Konsumieren Sie oder konsumierten Sie früher Drogen ? Welche? Wie oft? Wie lange?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treiben Sie Sport ? Was? Wie oft pro Woche? Wie lange?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leisten oder leisteten Sie Militär, Zivilschutz oder Zivildienst ? Falls nein warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wie gross sind Sie? (in cm)			
Wie schwer sind Sie? (in kg)			

Name und Adresse Ihres Hausarztes bzw. behandelnden Arztes

Ich erkläre hiermit, die Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben. Ich ermächtige den Feuerwehrarzt, bei meinem Hausarzt bzw. behandelnden Arzt die zur Beurteilung der Feuerwehrdiensttauglichkeit nötigen medizinischen Angaben einzuholen.

Ort, Datum

Unterschrift