

NIEDERÖSTERREICHISCHER
LANDESFEUERWEHRVERBAND

Bestätigung der Tauglichkeitsuntersuchung
gemäß der Empfehlung des NÖLFV vom 22.1.1999 (Beilage zu DA 5.4.5)

Zur Vorlage beim **Feuerwehrkommandanten** (Beilage zur Atemschutzgeräteträger- Kartei)

Ist von der Feuerwehr (Verwalter) auszufüllen!

	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> </table>					
Feuerwehrname	Feuerwehrnummer	Standesbuch Nr.									
Zuname	Vorname										
Titel/Dienstgrad	Soz.Vers.Nr.	Geb. Datum									
PLZ/Ort	Strasse										

Auf Grund der, am durchgeführten Untersuchung (laut § 15 Abs. 2 Z 6 NÖ Gemeindeärztegesetz 1977, LGBl. 9400 i.d.g.F) kann eine Tauglichkeit für die Tätigkeiten
als **Feuerwehrmitglied** ja
 eingeschränkt auf
 nein
zum heutigen Tag bestätigt werden.

Auf Grund der, am durchgeführten Untersuchung kann eine Tauglichkeit für die Tätigkeiten

- als **Atemschutzgeräteträger** WZ

--	--

--	--	--	--	--

 Datum der Ergo-/Spirometrie
 - im **Strahlenschutz** WZ

--	--
 - als **Feuerwehrttaucher** WZ

--	--
- zum heutigen Tag bestätigt werden.

Nächste Untersuchung spätestens

Monat	Jahr		

.....
Datum

.....
Stempel, Unterschrift Arzt

Das Untersuchungsergebnis nehme ich zur Kenntnis, insbesondere die Verpflichtung zur zeitgerechten Nachuntersuchung.
Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass eine Tätigkeit im Feuerwehrdienst während einer Schwangerschaft und bei Vorliegen einer Erkrankung, Beeinträchtigung durch Alkohol oder Drogen oder sonstige belastende Einflüsse eingeschränkt wird und **gegebenenfalls keine** Tauglichkeit vorliegt. Ich bestätige auch die Richtigkeit der Angaben gegenüber dem untersuchenden Arzt, die auf dem Folgeblatt dokumentiert wurden.

.....
Unterschrift des untersuchten Feuerwehrmitgliedes

Wertungsziffern:
WZ 1 X: uneingeschränkt tauglich für 5 Jahre
WZ 1 a: tauglich, Untersuchung im kürzeren Abstand
WZ 3 X: auf Dauer ungeeignet
WZ 2: vorübergehend untauglich, Wiedervorstellung nach
2 a: fachärztlicher Abklärung
2 b: Behandlung

Bestätigung der Tauglichkeitsuntersuchung
gemäß der Empfehlung des NÖLFV vom 22.1.1999 (Beilage zu DA 5.4.5)

Zur Vorlage beim **Feuerwehrkommandanten** (Beilage zur Atemschutzgeräteträger- Kartei)

Ist von der Feuerwehr (Verwalter) auszufüllen!

Feuerwehrname															Feuerwehrnummer				Standesbuch Nr.					
Zuname										Vorname														
Titel/Dienstgrad										Soz.Vers.Nr.				Geb. Datum										
PLZ/Ort															Strasse									

Auf Grund der, am durchgeführten Untersuchung (laut § 15 Abs. 2 Z 6 NÖ Gemeindeärztegesetz 1977, LGBl. 9400 i.d.g.F) kann eine Tauglichkeit für die Tätigkeiten

als **Feuerwehrmitglied** ja
 eingeschränkt auf
 nein
zum heutigen Tag bestätigt werden.

Auf Grund der, am durchgeführten Untersuchung kann eine Tauglichkeit für die Tätigkeiten

als **Atemschutzgeräteträger** WZ

--	--	--	--	--	--

 Datum der Ergo-/Spirometrie

im **Strahlenschutz** WZ

als **Feuerwehrttaucher** WZ

zum heutigen Tag bestätigt werden.

Nächste Untersuchung spätestens

Monat	Jahr		

.....
Datum

.....
Stempel, Unterschrift Arzt

Das Untersuchungsergebnis nehme ich zur Kenntnis, insbesondere die Verpflichtung zur zeitgerechten Nachuntersuchung.

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass eine Tätigkeit im Feuerwehrdienst während einer Schwangerschaft und bei Vorliegen einer Erkrankung, Beeinträchtigung durch Alkohol oder Drogen oder sonstige belastende Einflüsse eingeschränkt wird und **gegebenenfalls keine** Tauglichkeit vorliegt. Ich bestätige auch die Richtigkeit der Angaben gegenüber dem untersuchenden Arzt, die auf dem Folgeblatt dokumentiert wurden.

.....
Unterschrift des untersuchten Feuerwehrmitgliedes

ARZT

rtungsziffern:

WZ 1 X: uneingeschränkt tauglich für 5 Jahre
WZ 1 a: tauglich, Untersuchung im kürzeren Abstand
WZ 3 X: auf Dauer ungeeignet

WZ 2: vorübergehend untauglich, Wiedervorstellung nach
2 a: fachärztlicher Abklärung
2 b: Behandlung

NÖ LFV Allgemeine Einsatztauglichkeitsuntersuchung

Vorgeschichte (Zwischenanamnese): WZ

Beruf: besondere Belastungen:

Familienanamnese:

Frühere Krankheiten / Operationen / Unfälle:

Beschwerden derzeit: betreibt Sport:

Allergie:

Alkohol: Nikotin: Suchtgifte: Medikamente:

Die obenstehenden Angaben bestätige ich, und insbesondere, dass ich kein Anfallsleiden habe, auch keine Schwindelattacken. Eventuell hinzukommende Veränderungen meines Gesundheitszustandes (auch Schwangerschaft) werde ich melden.

Datum: Unterschrift des Probanden:

Status

WZ

Habitus: Größe: Gewicht: Bauchumfang:

Visus: (ohne/mit Sehbehelf) re: li: Farbsehen:

HNO: TF intakt: Pertub.: Hörvermögen(Umgangssprache 6 m) re: li:

Zähne: Schilddrüse: Gesichtsnarben:

Thorax: Lunge: Herz:

Abdomen: Bauchdecke(Hernien): Leber: Milz: Nierenlogon:

Bewegungsapparat: Wirbelsäule: Arme: Beine:

Haut: Neurolog./psychiatr.:

Wertungsziffern: WZ **1X**: uneingeschränkt tauglich für 5 Jahre
WZ **1a**: tauglich, Untersuchung im kürzeren Abstand
WZ **2** : vorübergehend untauglich, Wiedervorstellung nach
 a: fachärztlicher Abklärung
 b: Behandlung
WZ **3X**: auf Dauer ungeeignet

ARZT

Nicht in der Empfehlung vorgesehen, kann aber bei Bedarf durchgeführt werden!

LABOR

WZ

Blutbild: Ery , Hb Hkt 0, Lc , Tc

Harn- Lc Nit pH Ew Glc

test: Ket Ubl Bil Ery

Zusätzliche Befunde aus der Vorsorgeuntersuchung:

BSG: NBZ: HS: TG: Chol: GGt: Hämocult:

Ergometrie/Ergotest

WZ

Ruhe: RR / Puls (/min)

Belastung: RR / (max.) Puls (/min) (max.)

EKG-Beurteilung - Ruhe:-

Belastung:

Belastung: 6* min. *, 175* Watt *

Abbruch wegen:

Spirometrie

WZ

VK (soll) ml **VK(ist)** ml **FEV₁** ml/s

%VK(ist)/VK(soll) % **FEV₁%VK(ist)** %

Datum, Unterschrift der untersuchenden Stelle:

Stempel:

Wertungsziffern:

WZ 1X: uneingeschränkt tauglich für 5 Jahre

WZ 1a: tauglich, Untersuchung im kürzeren Abstand

WZ 2 : vorübergehend untauglich, Wiedervorstellung nach

a: fachärztlicher Abklärung

b: Behandlung

c: Verordnung

WZ 3X: auf Dauer ungeeignet