

TAUGLICHKEITSUNTERSUCHUNG ATEMSCHUTZ



nur Atemschutzträger Atemschutz- und Vollschutzträger (Stufe 3-4) (zutreffendes ankreuzen)

Erstuntersuchung* WZ 2-Nachuntersuchung** periodische- zusätzliche Kontrolluntersuchung**

A) ERSTANAMNESE ZWISCHENANAMNESE** **WZ**

Vom/ von Probanden/ Probandin auszufüllen:

Zuname: _____ **Vorname:** _____
geb. Datum: _____ **SVNr.:** _____ / _____
Feuerwehr: _____ **syBOS- Nr.:** _____

EIGENANAMNESE (bei Kontrolluntersuchung nur Angabe der Ereignisse in der Zwischenzeit!):

Wichtige Erkrankungen: keine ja, welche: _____
Operationen/Unfälle: keine ja, welche: _____
Beschwerden derzeit: keine ja, welche: _____
Sonstiges:
Alkohol: nein gelegentlich regelmäßig
Nikotin: nein ja
Suchtgifte: nein ja
regelm. Medikamente: nein ja, welche: _____
Sport: gelegentlich regelmäßig
Impfungen: Tetanus FSME Hepatitis A
Hepatitis B weiß nicht

Anmerkung: _____

Vom/ von Arzt/ Ärztin auszufüllen:

B) STATUS **WZ**

Alter: _____ Jahre **Größe:** _____ cm **Gewicht:** _____ kg
BMI: _____ **Bauchumfang:** _____ cm **WHtR:** _____
(BU, Nabelhöhe) (BU/KGr)
AZ: _____ **EZ:** _____ **RR:** _____

KOPF/ HALS:

Sehvermögen *ohne Sehhilfe*

Rechts: _____

Links: _____

Sehvermögen

mit Sehhilfe, sofern erforderlich

Rechts: _____

Links: _____

Farbsehen (Ishihara, NUR bei Erstuntersuchung!)

Hörvermögen (*Hörweitentest*)

Rechts: _____

Links: _____

Trommelfell: _____

Nasenatmung: _____

Zähne: _____

Tonsillen: _____

Schilddrüse: _____

**Lymphknoten-
stationen:** _____

Anmerkung: _____

THORAX:

Lunge: unauffällig auffällig

Herz: unauffällig auffällig

Lymphknotenstationen: unauffällig auffällig

Anmerkung: _____

ABDOMEN:

Leber: unauffällig auffällig

Milz: unauffällig auffällig

Nierenlager: unauffällig auffällig

Hernien: nein ja

Lymphknotenstationen: unauffällig auffällig

Anmerkung: _____

BEWEGUNGSAPPARAT/ WIRBELSÄULE:

Wirbelsäule: unauffällig auffällig: _____

Extremitäten:

Pulse: unauffällig auffällig: _____

Beweglichkeit: unauffällig auffällig: _____

Ödeme: nein ja: _____

Anmerkung: _____

HAUT: unauffällig auffällig: _____

NEUROLOGISCH: unauffällig auffällig: _____

PSYCHE: unauffällig auffällig: _____

Ruhe RR: _____ / _____ Puls: _____ l/min

Belastung Errechnete _____ Watt Abbruch bei: _____ Watt
 Maximalbelastung: _____ Watt
 RR: _____ / _____ Puls: _____ l/min
 Abbruch wegen: _____

EKG-Beurteilung

Ruhe: unauffällig auffällig

Belastung: unauffällig auffällig

Anmerkung/ Bewertung: _____

VK (Soll): _____ ml VK (Ist): _____ ml FEV1: _____ ml

$\frac{VK(Ist)}{VK(Soll)} \%$: _____ % FEV1 % VK(Ist): _____ %

Anmerkung/ Bewertung: _____

ÄRZTLICHE STELLUNGNAHME:

Proband/ Probandin ist tauglich: Ja Nein

Gesamt WZ:

Anmerkung: _____

.....
 (Datum, Stempiglie, Unterschrift des Arztes /der Ärztin)

TAUGLICHKEITSBESCHEINIGUNG FÜR SCHWEREN ATEMSCUTZ (UND VOLSCHUTZANZUGTRÄGER (STUFE 3-4))



Erstuntersuchung* WZ 2-Nachuntersuchung** periodische- zusätzliche Kontrolluntersuchung**

Vom/ von Probanden/ Probandin auszufüllen:

Zuname: _____ Vorname: _____
geb. Datum: _____ SVNr.: ____ / ____
Feuerwehr: _____ syBOS- Nr.: _____

KENNTNISNAHME DURCH FEUERWEHRMITGLIED:

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

.....
(Datum, Unterschrift des Feuerwehrmitgliedes)

Vom/ von Arzt/ Ärztin auszufüllen:

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

Atemschutzträger Atemschutz- und Vollschutzträger (Stufe 3-4) (*zutreffendes ankreuzen*)

- tauglich** WZ 1 WZ 1a
- vorübergehend untauglich** WZ 2a WZ 2b WZ 2c
(WZ 2- Nachuntersuchung in/ am _____)
- untauglich auf Dauer** WZ 3

(maximale Herzfrequenz bei Ergometrie: ____ l/min)

NÄCHSTE KONTROLLUNTERSUCHUNG bis spätestens: Monat _____ Jahr 20 ____

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

**DIESE TAUGLICHKEITSBESCHEINIGUNG IST BEI DER FEUERWEHR AUFZUBEWAHREN
UND EINE KOPIE BEI LEHRGÄNGEN VORZUWEISEN!**