

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!					
Feuerwehrname					
				Feuerwehrnummer Standesbuch Nr.	
Zuname				Vorname	
Titel/Dienstgrad				Soz. Vers. Nr.	
Geb. Datum				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 **Feuerwehrtaucher** 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 **Feuerwehrtaucher** 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

N Ö L F V 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: Nierenlogen: _____

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-test: Lc Nit pH Ew Glc
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