

# UNTERSUCHUNGSBLATT

## Tauglichkeiten im Feuerwehrdienst

(Verbleibt beim Arzt)

Datum: .....



Oö. LANDES  
**FEUERWEHR**  
**VERBAND**

Erstuntersuchung     Nachuntersuchung     periodische-     zusätzliche Kontrolluntersuchung

### PERSÖNLICHE DATEN (vom Feuerwehrmitglied auszufüllen)

Geschlecht:     weiblich     männlich     divers  
Zuname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ SVNr.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Feuerwehr: \_\_\_\_\_ syBOS-ID: \_\_\_\_\_  
Größe: \_\_\_\_\_ cm    Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

### EIGENANAMNESE (vom Feuerwehrmitglied auszufüllen)

#### Leiden sie an folgenden Erkrankungen?

Allergien:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Verdauungsorgane:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Herz & Kreislauf:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Neurologisch / Psyche:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Hoher Blutdruck:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Harntrakt:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Atmungsorgane:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Stoffwechsel (z.B. Zucker)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Augen:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Frei von Süchten (Alkohol, Drogen,...)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Gehör:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja			
Stütz- / Bewegungsapparat:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja			
<b>Sonstiges:</b>			<b>Impfungen:</b>		
Platz- / Höhenangst:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> Tetanus	<input type="radio"/> Hepatitis B	<input type="radio"/> Corona
Sprachstörung:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> Hepatitis A	<input type="radio"/> FSME	<input type="radio"/> weiß nicht
			<input type="radio"/> Sonstige:	_____	

Operationen: \_\_\_\_\_

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Regelm. Medikamente:     nein     ja, welche: \_\_\_\_\_

Raucher:     nein     ja, wie viele: \_\_\_\_\_ Stück pro Tag

### TAUCHANAMNESE (vom Feuerwehrmitglied auszufüllen, nur bei Feuerwehrtauchdienst)

Bisherige Tauchgänge (Anzahl): \_\_\_\_\_

Tauchverfahren (Rebreather, Mischgas, Pressluft):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Hatten Sie jemals einen Tauchzwischenfall oder -unfall?

nein     ja, was und wann: \_\_\_\_\_

# UNTERSUCHUNGSBLATT

## Tauglichkeiten im Feuerwehrdienst

(Verbleibt beim Arzt)



Oö. LANDES  
**FEUERWEHR**  
**VERBAND**

Vom/von Arzt/Ärztin auszufüllen:

### KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG (für alle Untersuchungen)

**Alter:** \_\_\_\_\_ Jahre      **Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg      **Größe:** \_\_\_\_\_ cm  
**BMI\*):** \_\_\_\_\_      **Bauchumfang:** \_\_\_\_\_ cm  
(BU, Nabelhöhe)      \_\_\_\_\_  
**AZ:** \_\_\_\_\_      **EZ:** \_\_\_\_\_      **WHtR\*):** \_\_\_\_\_  
(Bauchumfang/Größe)

\*) bis 40 Jahre → BMI <32 oder WHtR < 0,6; über 40 Jahre → WHtR < 0,6 + 0,01 pro weiteres Lebensjahr z.B. 52a : 0,6+0,12=0,72

### KOPF / HALS

**Sehvermögen** *ohne Sehhilfe*      **Rechts:** \_\_\_\_\_      **Links:** \_\_\_\_\_  
**Sehvermögen** *mit Sehhilfe*      **Rechts:** \_\_\_\_\_      **Links:** \_\_\_\_\_  
**Farbsehen** (*Ishihara, NUR bei Erstuntersuchung!*)      \_\_\_\_\_  
**Hörvermögen** (*Hörweitentest*)      **Rechts:** \_\_\_\_\_      **Links:** \_\_\_\_\_  
**Trommelfell:** \_\_\_\_\_      **Nasenatmung:** \_\_\_\_\_      **Zähne:** \_\_\_\_\_  
**Tonsillen:** \_\_\_\_\_      **Schilddrüse:** \_\_\_\_\_      **Lymphknoten-Stationen:** \_\_\_\_\_  
**Valsava-Manöver (nur bei Tauchuntersuchung):** \_\_\_\_\_

**Anmerkungen:** \_\_\_\_\_

### THORAX

**Lunge:**       unauffällig       auffällig  
**Herz:**       unauffällig       auffällig  
**Lymphknoten-Stationen:**       unauffällig       auffällig

**Anmerkungen:** \_\_\_\_\_

### ABDOMEN

**Leber:**       unauffällig       auffällig  
**Milz:**       unauffällig       auffällig  
**Nierenlager:**       unauffällig       auffällig  
**Hernien:**       unauffällig       auffällig  
**Lymphknoten-Stationen:**       unauffällig       auffällig

**Anmerkungen:** \_\_\_\_\_

# UNTERSUCHUNGSBLATT

## Tauglichkeiten im Feuerwehrdienst

(Verbleibt beim Arzt)



Oö. LANDES  
**FEUERWEHR**  
**VERBAND**

Vom/von Arzt/Ärztin auszufüllen:

### BEWEGUNGSAPPARAT / WIRBELSÄULE

Wirbelsäule:	<input type="radio"/> unauffällig	<input type="radio"/> auffällig	_____
Extremitäten:			
Pulse:	<input type="radio"/> unauffällig	<input type="radio"/> auffällig	_____
Beweglichkeit:	<input type="radio"/> unauffällig	<input type="radio"/> auffällig	_____
Ödeme:	<input type="radio"/> unauffällig	<input type="radio"/> auffällig	_____

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

HAUT:	<input type="radio"/> unauffällig	<input type="radio"/> auffällig	_____
-------	-----------------------------------	---------------------------------	-------

NEUROLOGISCH:	<input type="radio"/> unauffällig	<input type="radio"/> auffällig	_____
---------------	-----------------------------------	---------------------------------	-------

PSYCHE:	<input type="radio"/> unauffällig	<input type="radio"/> auffällig	_____
---------	-----------------------------------	---------------------------------	-------

### ERGOMETRIE (Stufenfahrradergometrie sitzend nur Atemschutz, Feuerwehr-Tauchdienst und Höhenretter)

Ruhe:	RR: _____ / _____	Puls: _____ /min
Belastung:	Errechnete Maximalbelastung: _____ Watt	Abbruch bei: _____ Watt
	RR: _____ / _____	Puls: _____ /min
Abbruch wegen:	<input type="radio"/> Erschöpfung	<input type="radio"/> Sonstiges _____

EKG-Beurteilung:		
Ruhe:	<input type="radio"/> unauffällig	<input type="radio"/> auffällig
Belastung:	<input type="radio"/> unauffällig	<input type="radio"/> auffällig

Anmerkung/Bewertung: \_\_\_\_\_

### SPIROMETRIE (nur Atemschutz und Feuerwehrtauchdienst)

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

Anmerkungen/Bewertung: \_\_\_\_\_

\*) <80% = Untauglich

\*\*) bis 45 Jahre >70%, über 45 Jahre >65%



# TAUGLICHKEITSBESCHEINIGUNG FÜR FEUERWEHRTAUGLICHKEITEN

(ergeht an die Feuerwehr)



Oö. LANDES  
**FEUERWEHR**  
**VERBAND**

Erstuntersuchung     Nachuntersuchung     periodische-     zusätzliche Kontrolluntersuchung

## Vom Feuerwehrmitglied auszufüllen

Zuname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ SVNr.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Feuerwehr: \_\_\_\_\_ syBOS-ID: \_\_\_\_\_

## KENNTNISNAHME DURCH FEUERWEHRMITGLIED

Ich bin mit der elektronischen Datenerfassung des Untersuchungsergebnisses (tauglich, eingeschränkt (bedingt) 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** \_\_\_\_\_

### Atemschutz- und Vollschutzträger (Stufe 3-4):

tauglich bis \_\_\_\_\_ (MM/JJJJ)     vorübergehend untauglich\*)     untauglich auf Dauer

### Feuerwehrtauchdienst:

tauglich bis \_\_\_\_\_ (MM/JJJJ)     vorübergehend untauglich\*)     untauglich auf Dauer

### Höhenretter:

tauglich bis \_\_\_\_\_ (MM/JJJJ)     vorübergehend untauglich\*)     untauglich auf Dauer

\*) Nachuntersuchung in / am \_\_\_\_\_

Atemschutz- und Vollschutzträger	Feuerwehrtauchdienst	Höhenretter	maximale Tauglichkeit
18. - 39. LJ		18. - 39. LJ	5 Jahre
40. - 49. LJ	18. - 39. LJ	40. - 49. LJ	3 Jahre
ab 50. Lebensjahr		ab 50. Lebensjahr	2 Jahre
	ab 40. Lebensjahr		1 Jahr

Verlängerung des Feuerwehr-Führerscheins (max. 10 Jahre) bis: \_\_\_\_\_

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

**DIESE TAUGLICHKEITSBESCHEINIGUNG IST BEI DER FEUERWEHR AUFZUBEWAHREN**