

Name: _____ Feuerwehr: _____

Adresse: _____

geb. am: _____ Beruf: _____

| | | |
|-------------|----|--------------------|
| Blutgruppe: | Rh | Tetanusimpfung am: |
|-------------|----|--------------------|

tauglich zum Feuerwehrdienst ja nein

tauglich als Atemschutzgeräteträger ja nein

Datum

Der untersuchende Arzt

NACHUNTERSUCHUNGEN

Datum

Befund

ANAMNESE:

| | | | |
|-----------------------|-------------------------------|-----------------|-------------------------------|
| Heilstättenaufenthalt | <input type="checkbox"/> ja | Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> ja |
| | <input type="checkbox"/> nein | | <input type="checkbox"/> nein |
| Anfallsleiden | <input type="checkbox"/> ja | schwindelfrei | <input type="checkbox"/> ja |
| | <input type="checkbox"/> nein | | <input type="checkbox"/> nein |

Diese Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht und nichts verschwiegen.

Datum

Unterschrift des Untersuchten

BEFUND:

| | | | |
|-------------------|---------------|------|-----------|
| Größe: _____ cm | | Ruhe | Belastung |
| Gewicht: _____ kg | Blutdruck | / | , / |
| | Puls: | | , |
| | Rückkehrzeit: | | Min. |

Bestehen an folgenden Organen krankhafte Veränderungen?
(Wenn JA, bitte eintragen)

| | |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| Herz und Kreislauf | <input type="checkbox"/> nein _____ |
| Atmungsorgane | <input type="checkbox"/> nein _____ |
| Verdauungsorgane, Bauchwand | <input type="checkbox"/> nein _____ |
| Harn- und Geschlechtsorgane | <input type="checkbox"/> nein _____ |
| (Harnbefund) | Alb. _____ Sacch. _____ |
| Skelett, Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> nein _____ |
| Augen (Brillenträger) | <input type="checkbox"/> nein _____ |
| Ohren | <input type="checkbox"/> nein _____ |

Name: _____ Feuerwehr: _____

Adresse: _____

geb. am: _____ Beruf: _____

tauglich zum Feuerwehrdienst ja nein

tauglich als Atemschutzgeräteträger ja nein

Datum

Der untersuchende Arzt

HINWEISE

für den untersuchenden Arzt bei Untersuchungen für den **schweren Atemschutz**

- a) Die Beurteilung für die **gesundheitliche Eignung** beim Einsatz mit dem **schweren Atemschutzgerät** darf auf **d r e i Jahre** ausgesprochen werden.
- b) Folgende Punkte machen zum Dienst mit schwerem Atemschutz ungeeignet:
1. Starkes Übergewicht
 2. Sehleistung unter 6/12 auf einem, und 6/24 auf dem anderen Auge
 3. Einäugig oder praktisch blind auf einem Auge
 4. Struma (atembehindernd oder schwere Dysfunktion)
 5. Epilepsie oder andere Anfallsleiden
 6. Geistesstörungen oder Süchtigkeit
 7. Pathologischer Lungenbefund
 8. Verminderte Herz- Kreislaufbelastungsfähigkeit:

Die Belastung besteht aus 20 Kniebeugen bei angehaltenem Atem (Wichtig Atemanhalten, da sonst zuwenig Aussagekraft)

Durchführung:

Perkussion und Auskultation, falls klinisch o.B., Messung von RR und Puls, anschließend Belastung

Unmittelbar danach Messung von RR und Puls

Der Proband ist **für den schweren Atemschutz untauglich**, wenn **zumindest eines** der nachfolgenden Symptome auftritt:

Angina pectoris, Herzrhythmusstörungen,

RR- Anstieg über 260 systolisch oder 120 diastolisch, RR-Abfall von mehr als 20 % des Ausgangswertes, mangelnder Anstieg der Pulsfrequenz,

Cyanose - Blässe - kalter Schweiß - Dyspnoe

überschließende Pulsfrequenz: Maximum 210 minus Alter.

Ergonomie bei Verdacht auf verminderte Herz- Kreislaufbelastungsfähigkeit.

Entsprechend den Richtlinien des Arbeitnehmerschutzgesetzes in der jew. geltenden Fassung: dzt. 2 W/kg Körpergewicht, 6' gleichbleibend, max. 150 W.