



Langenlebarner Straße 108  
3430 Tulln  
Telefon: 02272/9005-13170  
Telefax: 02272/9005-13135  
Homepage: <http://www.noelfv.at>  
E-Mail: [post@noelfv.at](mailto:post@noelfv.at)

## Bestätigung der Tauglichkeitsuntersuchung

gemäß Empfehlung des NÖ Landesfeuerwehrverbandes

verbleibt beim **ARZT**

		Ist von der Feuerwehr (Verwalter) auszufüllen!	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Zuname	Vorname		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titel/Dienstgrad		Soz. Vers. Nr.	Geb. Datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ/Ort	Straße		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Feuerwehrnummer	Standesbuchnummer		

Auf Grund der, am  durchgeführten Untersuchung des/der oben Genannten,  
kann eine Tauglichkeit für die Tätigkeiten als –

Feuerwehrmitglied  
mit Einschränkungen auf  
zum heutigen Tag bestätigt werden.

.....  
Datum:

.....  
Stempel, Unterschrift Arzt:

- Atemschutzgeräteträger mit der WZ
- Mitglied im Strahlenschutz
- Feuerwehrtaucher
- Schutzanzugträger

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(der) untersuchten Feuerwehrmitgliedes

Wertungsziffern:

WZ 1 X: uneingeschränkt tauglich lt. Empfehlung Tauglichkeitsunters.  
WZ 1 a: tauglich, Untersuchung im kürzeren Abstand

WZ 2 : vorübergehend untauglich, Wiedervorstellung nach  
2 a: fachärztlicher Abklärung  
2 b: Behandlung  
2 c: Verordnung  
WZ 3 X: auf Dauer ungeeignet



## Allgemeine Einsatztauglichkeit

**Vorgeschichte** (Zwischenanamnese):

WZ

Beruf:

besondere Belastungen:

Familienanamnese:

Frühere Krankheiten / Operationen / Unfälle:

Beschwerden derzeit:

betreibt Sport:

Allergie:

Alkohol:

Nikotin:

Suchtgifte:

Medikamente:

*Die oben stehenden 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:

Nierenloggen:

Bewegungsapparat.

Wirbelsäule:

Arme:

Beine:

Haut:

Neurolog./psychiatr.:

Wertungsziffern:

WZ 1 X: uneingeschränkt tauglich lt. Empfehlung Tauglichkeitsunters.

WZ 1 a: tauglich, Untersuchung im kürzeren Abstand

WZ 2 : vorübergehend untauglich, Wiedervorstellung nach

2 a: fachärztlicher Abklärung

2 b: Behandlung

2 c: Verordnung

WZ 3 X: auf Dauer ungeeignet

ARZT



## Spezielle Tauglichkeit

Kurzanamnese

	Ja (Angabe der Krankheiten bzw. Medikamente)	nein
Erkrankungen des Herzens, Kreislaufes, Blutdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzklappenentzündung		
Erkrankung der Lunge		
Frühere Operationen		
Regelmäßige Medikamente		
Erkrankungen nach denen nicht gefragt wurde		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Antworten gegenüber dem Arzt

Datum:

Unterschrift des Probanden:

### 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<sub>(soll)</sub>  ml VK<sub>(ist)</sub>  ml FEV<sub>1</sub>  ml/s

% VK<sub>(ist)</sub> / VK<sub>(soll)</sub>  % FEV<sub>1</sub> % VK<sub>(ist)</sub>  %

Datum, Unterschrift der untersuchenden Stelle:

Stempel:

Wertungsziffern:

WZ 1 X: uneingeschränkt tauglich lt. Empfehlung Tauglichkeitsunters.  
 WZ 1 a: tauglich, Untersuchung im kürzeren Abstand

WZ 2 : vorübergehend untauglich, Wiedervorstellung nach  
 2 a: fachärztlicher Abklärung  
 2 b: Behandlung  
 2 c: Verordnung  
 WZ 3 X: auf Dauer ungeeignet