

(Stempel)

Untersuchung am:

Tag	Monat	Jahr



Untersuchung auf gesundheitliche Eignung für den freiwilligen Feuerwehrdienst

Untersuchungsbogen

(Bleibt beim untersuchenden Arzt)

Unterschrift des untersuchenden Arztes

Familienname

Vorname

Geburtsname

Geburtsdatum

Dienststelle / Kostenträger

Nr.		Befund	*)	Erläuterungen
1	Fragebogen- auswertung			
2	Gesamteindruck			
3	Metr. Angaben	Größe : cm Brustumfang: / cm Halsumfang: cm Gewicht: kg		
4	Nahvisus	normal <input type="checkbox"/> eingeschränkt re. <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> mit Brille korrigiert nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		
5	Fernvisus	normal <input type="checkbox"/> eingeschränkt re. <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> mit Brille korrigiert nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		genormte Sehtafel
6	Farbtüchtigkeit	normal <input type="checkbox"/> rot/grün-gestört <input type="checkbox"/> andere Störungen <input type="checkbox"/>		Farbtafel (Ishihara)
7	Hörvermögen	normal <input type="checkbox"/> eingeschränkt re. <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/>		5 m Flüstertest
8	Nasenatmung	normal <input type="checkbox"/> behindert <input type="checkbox"/>		
9	Gebiss	saniert <input type="checkbox"/> behandlungsbed. <input type="checkbox"/>		
10	Zahnfleisch	normal <input type="checkbox"/> verändert <input type="checkbox"/>		
11	Tonsillen	normal <input type="checkbox"/> verändert <input type="checkbox"/> entfernt <input type="checkbox"/>		
12	Ernährungszustand	normal <input type="checkbox"/> adipös <input type="checkbox"/> reduziert <input type="checkbox"/>		
13	Muskulatur	kräftig <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/>		
14	Haut	normal <input type="checkbox"/> Akne <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Ekzem <input type="checkbox"/>		
15	Schilddrüse	normal <input type="checkbox"/> verändert <input type="checkbox"/>		
16	Lunge (perkus. / auskult.)	normal <input type="checkbox"/> Nebengeräusche <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Peak flow re. <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/>		auffällig: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
17	Herz (perkus. / auskult.)	normal <input type="checkbox"/> Rhythmusstörung <input type="checkbox"/> Geräusche <input type="checkbox"/> Puls/min. RR im Sitzen / mm Hg Sonstiges <input type="checkbox"/>		
18	Periphere Durchblutung	normal <input type="checkbox"/> gestört <input type="checkbox"/> Krampfadern <input type="checkbox"/>		
19	Bauchorgane (palpatorisch)	normal <input type="checkbox"/> Oberbauch Lebervergrößerung <input type="checkbox"/> Druckschmerz <input type="checkbox"/> Eingeweidebruch <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Bruchanlagen <input type="checkbox"/>		
20	Brustkorb	normal <input type="checkbox"/> verändert <input type="checkbox"/>		
21	Wirbelsäule	normal <input type="checkbox"/> deformiert <input type="checkbox"/> schmerzhaft <input type="checkbox"/>		
22	Obere Gliedmaßen	normal <input type="checkbox"/> verändert <input type="checkbox"/>		
23	Grobe Kraft	re. Hand li. Hand Linkshänder <input type="checkbox"/>		
24	Untere Gliedmaßen	normal <input type="checkbox"/> verändert <input type="checkbox"/>		
25	Mot. u. sens. Nervensystem	grobe Auffälligkeit nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		
26	Geistes- und Gemütszustand	grobe Auffälligkeit nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		
27	Vegetatives Nervensystem	grobe Auffälligkeit nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		
28	Urin	normal <input type="checkbox"/> E pos. <input type="checkbox"/> Ubg vermehrt <input type="checkbox"/> Z pos. <input type="checkbox"/>		
29	Ergometrie	auffällig nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		Sofern erforderlich
30	Sonstiges			

Ergänzende Untersuchungen empfohlen nein ja wegen
bei Arzt für Augenkrankheiten Hautkrankheiten Nerven- und Gemütskrankheiten
Innere Krankheiten Lungenkrankheiten sonstiges Gebiet
Orthopädie Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten

*) hier ankreuzen, sofern auf Grund des Befundes die Ausübung bestimmter Tätigkeiten betroffen ist.