

Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Nachuntersuchung <input type="checkbox"/> vorz. Nachuntersuchung <input type="checkbox"/>	Untersuchung am: <table style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 33px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 33px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 33px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> </table> Letzte Untersuchung am				Tag	Monat	Jahr	<h2 style="margin: 0;">Untersuchung auf gesundheitliche Eignung für den freiwilligen Feuerwehrdienst</h2> <h3 style="margin: 0;">Fragebogen</h3> <p style="margin: 0;">(Bleibt beim untersuchenden Arzt)</p>
Tag	Monat	Jahr						

Familienname Geburtsname Straße Postleitzahl und Ort	Vorname Geburtsdatum Beruf (ausgeübt)
---	---

Dienststelle / Kostenträger
Straße
Postleitzahl und Ort

Traten (Tretten) in Ihrer Familie folgende Erkrankungen auf ?			
Herz- / Kreislauferkrankungen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Zuckerkrankheit ?
Allergie ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Geisteskrankheiten ?
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Eigene Vorgeschichte			
Herz- / Kreislauferkrankungen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Medikamente ?
Hoher / niedriger Blutdruck ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Drogen ? Welche, wie viel ?
Herzrhythmusstörungen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Nikotin ? Wie viel ?
Herzinfarkt ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Alkohol ? Wie viel ?
Krampfader, Thrombosen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Stationäre Behandlung im Krankenhaus ?
Durchblutungsstörungen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Operationen ?
Asthma, häufig Bronchitis ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Ärztliche Behandlung zur Zeit ?
Tuberkulose ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Tumorerkrankungen ?
Erkrankung von Leber und Gallenblase ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Arbeitsplatzwechsel aus Gesundheitsgründen ?
Gelbsucht (Hepatitis) ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Vorzeitiger Ruhestand aus Gesundheitsgründen ?
HIV positiv ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) ?
Blasen-Nieren-Erkrankungen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Grad der Behinderung (GdB) ?
Magen-Darm-Erkrankungen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Magen-Darm-Geschwür ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft ?
Zuckerkrankheit ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Gicht ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Schilddrüsenerkrankungen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Gelenkerkrankungen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Impfungen gegen Tetanus ?
Bandscheibenbeschwerden ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Hepatitis A / B ?
Krampfanfälle ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Lähmungen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Häufig Nasenbluten, blaue Flecken ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Allergie ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Berufliche Gefährdungen früher / heute ?
Augenerkrankungen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Brille ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Ohrenkrankheiten ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Unfälle, Verletzungen ?
Schwerhörigkeit ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Hautkrankheiten ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Rheuma. Fieber ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Zusätzliche Angaben (z.B. Kinderkrankheiten):
Schlaganfall ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sonstige ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Neigung zu	Schwindel	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Kollaps	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Übelkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Husten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Atemnot	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Angstzuständen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Sonstigem	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

	Erklärung:
	Ich habe dem untersuchenden Arzt alles mitgeteilt, was für die Beurteilung meiner gesundheitlichen Eignung für den freiwilligen Feuerwehrdienst bedeutsam sein könnte. Ich bin damit einverstanden, dass dem Arzt die für die Beurteilung benötigten Befunde und Unterlagen zur Verfügung gestellt werden und dass der untersuchende Arzt seine Stellungnahme dem Träger der Feuerwehr (Stadt, Gemeinde, Verbandsgemeinde) zusendet.

.....
Datum, Unterschrift des / der Untersuchten