



Liebe Probandin, lieber Proband,
bei Ihnen soll eine Eignungsuntersuchung für Atemschutzgeräteträger gemäß Grundsatz G26
„Atemschutzgeräte“ DGUV durchgeführt werden. Bitte füllen Sie folgenden Angabe aus:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Alter: _____Jahre

Körpergröße: _____cm

Körpergewicht: _____kg

Erstuntersuchung ☐

Nachuntersuchung ☐

Leiden Sie unter Bewusstseins- oder Gleichgewichtsstörungen? ☐ Ja ☐ Nein

Sind bei Ihnen Anfallsleiden/ Epilepsie bekannt? ☐ Ja ☐ Nein

Hatten Sie Schädel- oder Hirnverletzungen? ☐ Ja ☐ Nein

Liegt eine Depression vor? ☐ Ja ☐ Nein

Sind alle Zähne fest? ☐ Ja ☐ Nein

Liegt bei Ihnen eine Erkrankung der Lunge vor? ☐ Ja ☐ Nein

Sind Hauterkrankungen bekannt? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Rücken-, Schulter-, Kniebeschwerden? ☐ Ja ☐ Nein

Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? ☐ Ja ☐ Nein

Sind Einschränkungen der Hörfähigkeit bekannt? ☐ Ja ☐ Nein

Liegen Erkrankungen der Schilddrüse vor? ☐ Ja ☐ Nein

Ist bei Ihnen Diabetes bekannt? ☐ Ja ☐ Nein

Haben oder hatten sie einen Leisten- oder Eingeweidebruch? ☐ Ja ☐ Nein

Ist bei Ihnen eine Herzerkrankung bekannt? ☐ Ja ☐ Nein

Sind Herzrhythmusstörungen bekannt? ☐ Ja ☐ Nein

Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt? ☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie am Herzen operiert worden? ☐ Ja ☐ Nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel Zigaretten pro Tag: _____ ☐ Ja ☐ Nein

Leiden Sie unter Atemnot bei geringer körperlicher Belastung? ☐ Ja ☐ Nein

Treiben Sie regelmäßig Sport? ☐ Ja ☐ Nein

Leiden Sie zur Zeit unter grippalen Beschwerden oder Fieber? ☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? ☐ Ja ☐ Nein

Arbeitsmedizin Dill

Grüner Weg 9
35630 Ehringshausen
kontakt@arbeitsmedizin-dill.de
mobil 0176 34525983

Datum

Unterschrift

Einverständniserklärung Feuerwehr

Name

Geb.Datum und Ort

Telefon:

Mailadresse:

☐ **Eignungsuntersuchung**

- ☐ Fahr- Steuer- und Überwachungstätigkeiten (FSÜ, ehemalige G25)
- ☐ schwere Atemschutzgeräte, Geräte > 5kg (ehemalige G26.3)
- ☐ Arbeiten mit Absturzgefährdung (ehemalige G41 bzw. H9)
- ☐ Führerscheinuntersuchung

Ich bin damit einverstanden, dass die Beurteilung der Eignungsuntersuchung an meinen Arbeitgeber / Gemeinde direkt übermittelt wird.

- Hiermit erkläre ich, dass ich auf diesem Fragebogen alle für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes bedeutsamen Fragen, vor allem diejenigen nach körperlichen und geistigen Gebrechen, wahrheitsgemäß beantwortet habe.
- Mit der elektronischen Speicherung meiner Daten bin ich einverstanden.
- Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten bedarf meiner schriftlichen Genehmigung.
- Zur Rechnungsstellung willige ich der Weitergabe meines Namens an den Arbeitgeber ein.

Arbeitsmedizin Dill

Grüner Weg 9
35630 Ehringshausen
kontakt@arbeitsmedizin-dill.de
mobil 0176 34525983

Datum / Unterschrift

(bei Minderjährigen: Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)