



MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

für aktive Feuerwehrmitglieder

Zuname				Vorname		
Titel			Soz. Vers. Nr.			Geb. Datum
PLZ		Ort				
Straße						
Feuerwehrnummer		Feuerwehr			Standesbuchnummer	
Datum letzte ärztliche Tauglichkeitsuntersuchung						

Frage/Zutreffendes bitte ankreuzen	<i>nein</i>	<i>ja</i>	<i>Nähere Angaben</i>
Sind Sie zur Zeit gesund?			
Ist Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt?			
Bestehen oder bestanden bei Ihnen jemals Krankheiten, Störungen oder Beschwerden ...			
der Atmungsorgane (Asthma, Bronchitis, Lungenentzündung, anderes)?			
des Herzens, des Kreislaufes oder der Blutgefäße (Probleme bei maximalen körperlichen Belastungen, plötzlicher Bewusstseinsverlust, Herzfehler, Herzrhythmusstörung, erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Herzschwäche, Durchblutungsstörung, Hirnschlag, Krampfadern, Venenentzündung, Thrombose, andere)?			
des Nervensystems (Epilepsie, Schwindel, Lähmungen, Fieberkrämpfe, andere)?			
der Psyche (Platzangst, Höhenangst, Panik-Attacken, Depressionen, Selbsttötungsversuch, Psychosen, anderes)?			
der Verdauungs- oder Bauchorgane (Nierensteine, Gelbsucht, Lebererkrankungen, anderes)?			
des Stoffwechsels oder des Blutes (erhöhte Blutzuckerwerte, Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Schilddrüsenerkrankung, Blutarmut, Gerinnungsstörungen, anderes)?			
des Immunsystems oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tropenkrankheiten, HIV-Infektion, anderes)?			
der Haut (Ekzem, Allergien, anderes)?			
des Bewegungsapparates (Wirbelsäule, Bandscheiben, Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen, Arthrose, Rheuma, anderes)?			
des Gehörs (Schwerhörigkeit, Lärm- oder Knalltrauma, Entzündungen, anderes)?			
der Augen (Abweichungen von der normalen Sehschärfe, Sehschwäche, Netzhauterkrankungen, anderes)?			



Frage/Zutreffendes bitte ankreuzen	nein	ja	Nähere Angaben
Sind Sie Brillenträger/in ?			
Sind Sie Kontaktlinsenträger/in ?			
Andere Krankheiten, Störungen oder Beschwerden , nach denen oben nicht gefragt wurde (Geburtsgebrechen, Missbildungen, Geschwulst, Krebs, anderes)?			
Haben Sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten, die einen Spitalaufenthalt oder eine Operation erforderlich machten und/oder an deren Folgen Sie leiden?			
Sind Sie in Spitälern oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen untersucht, behandelt oder operiert worden?			
Wurden Ihnen Ruhe-, Diät-, Entziehungs- oder andere Kuren verschrieben oder sind solche vorgesehen?			
Gab oder gibt es in Ihrer Familie (Blutsverwandte, insbesondere Eltern und Geschwister) Herz- oder Gefäßkrankheiten, Herzinfarkt vor dem 50. Lebensjahr, Bypass-Operationen, erhöhte Blutdruckwerte, erhöhte Cholesterinwerte, Zuckerkrankheit, Schlaganfälle, Erbkrankheiten, anderes?			
Nehmen Sie regelmäßig oder gelegentlich Medikamente (insbesondere auch Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmittel) ein und warum? Genaue Bezeichnung und Dosis?			
Leiden Sie an Allergien (Heuschnupfen, Asthma, Insektenstichallergien, Medikamente, andere)?			
Rauchen Sie? Wie viel? Wie lange?			
Trinken Sie Alkohol ? Wie oft? Wie viel?			
Konsumieren Sie oder konsumierten Sie früher Drogen ? Welche? Wie oft? Wie lange?			
Treiben Sie Sport ? Was? Wie oft pro Woche? Wie lange?			
Leisten oder leisteten Sie Wehrdienst bzw. Zivildienst ? Falls nein warum?			
Für Frauen : Sind Sie schwanger oder ist eine Schwangerschaft geplant?			
Körpergröße? (in cm)			
Körpergewicht? (in kg)			
Name und Adresse Ihres Hausarztes bzw. behandelnden Arztes:			

Ich erkläre hiermit, die Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben.
 Ich ermächtige den Feuerwehrarzt, bei meinem Hausarzt bzw. behandelnden Arzt die zur Beurteilung der Feuerwehreinsatztauglichkeit nötigen medizinischen Angaben einzuholen.

Ort, Datum:

Unterschrift des Feuerwehrmitgliedes:

Bei Minderjährigen

Unterschrift der Erziehungsberechtigten: