



**Erfüllung der Kriterien zur
 Tauglichkeitsuntersuchung für Atemschutzträger**

gemäß Dienstanweisung 1.5.3 des NÖ Landesfeuerwehrverbandes

Zuname			Vorname		
Titel		Soz.Vers.Nr.		Geb. Datum	
PLZ		Ort		Straße	
Feuerwehrnummer			Standesbuchnummer		
Feuerwehreintritt am					
Atemschutzgeräteträger seit					
Datum letzte ärztliche Tauglichkeitsuntersuchung					

Leistungstest

- Erfolgreicher Cooper Test ja / nein Datum:
- Erfolgreicher Fahrradtest ja / nein Datum:
- Erfolgreicher Finnen Test ja / nein Datum:
- Medizinischer **Fragebogen** ausgefüllt ja / nein Datum:
- Vorsorgeuntersuchung** ja / nein Datum:
- Kard/Vask **Risikoberechnung (40-65 J.)** % Datum:
- Fachärztliche Abklärung** ja / nein Datum:

Erfüllung der vom Landesfeuerwehrrat beschlossenen Kriterien zum Atemschutzeinsatz ja / nein

Nächste ärztliche Atemschutztauglichkeitsuntersuchung Jahr:

Ort, Datum:

Unterschrift Arzt:

Unterschrift Feuerwehrmitglied:

Unterschrift Feuerwehrkommandant: