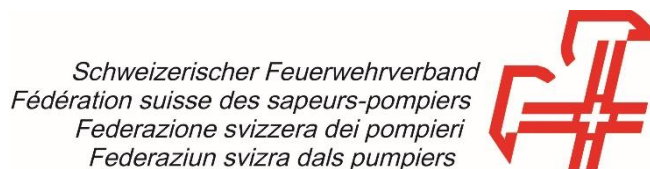


# Tauglichkeitsuntersuchung für Feuerwehrleute

Fragebogen für  
Angehörige der Feuerwehr (AdF)



Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_  
 Telefon/Natel: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Aktuelle Tätigkeit: \_\_\_\_\_  
 Datum letzte feuerwehrärztliche Untersuchung: \_\_\_\_\_ Atemschutz seit: \_\_\_\_\_  
 Allgem. Feuerwehrdienst seit: \_\_\_\_\_ Ausweis C/C1:  ja  nein

Zuständiges Feuerwehrkommando: \_\_\_\_\_

Frage/Zutreffendes bitte ankreuzen	nein	ja	Nähere Angaben
<b>Sind Sie zur Zeit gesund?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Bestehen oder bestanden bei Ihnen jemals Krankheiten, Störungen oder Beschwerden der Atmungsorgane</b> (Asthma, Bronchitis, Lungenentzündung, anderes?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>des Herzens, des Kreislaufes oder der Blutgefässe</b> (Probleme bei maximalen körperlichen Belastung, plötzlicher Bewusstseinsverlust, Herzfehler, Herzklopfen, erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Herzschwäche, Durchblutungsstörung, Hirnschlag, Krampfadern, Venenentzündung, Thrombose, andere)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>des Nervensystems</b> (Epilepsie, Schwindel, Lähmung, andere)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>der Psyche</b> (Platzangst, Höhenangst, Panikattacken, Depressionen, Selbsttötungsversuch, Psychosen, anderes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>der Verdauungs- oder Bauchorgane</b> (Nierensteine, Gelbsucht, Lebererkrankungen, anderes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>des Stoffwechsels oder des Blutes</b> (erhöhte Blutzuckerwerte, Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Schilddrüsenkrankheit, Blutarmut, Gerinnungsstörungen, anderes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>des Immunsystems oder Infektionskrankheiten</b> (Hepatitis, Tropenkrankheiten, HIV-Infektion, anderes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>der Haut</b> (Ekzem, Allergien, anderes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>des Bewegungsapparates</b> (Wirbelsäule, Bandscheiben, Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen, Arthrose, Rheuma, anderes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>des Gehörs</b> (Schwerhörigkeit, Lärm- oder Knalltrauma, Entzündungen, anderes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>der Augen</b> (Abweichungen von der normalen Sehschärfe, Sehschwäche, Netzhauterkrankungen, anderes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie <b>Brillenträger/in</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie <b>Kontaktlinsenträger/in</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Andere Krankheiten, Störungen oder Beschwerden</b> , nach denen oben nicht gefragt wurde (Geburtsgebrechen, Missbildungen, Geschwulst, Krebs anderes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie <b>Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen</b> erlitten, die einen Spitalaufenthalt oder eine Operation erforderlich machten und/oder an deren Folgen Sie leiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie in Spitälern oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen <b>untersucht, behandelt oder operiert</b> worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurden <b>Ihnen Ruhe-, Diät-, Entziehungs-oder andere Kuren</b> verschrieben oder sind solche vorgesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Für <b>Frauen</b> : Sind Sie schwanger oder ist eine Schwangerschaft geplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gab oder gibt es in Ihrer <b>Familie</b> (Blutsverwandte, insbesondere Eltern und Geschwister) Herz- oder Gefässkrankheiten, Herzinfarkt vor dem 50. Lebensjahr, Bypass-Operationen, erhöhte Blutdruckwerte, erhöhte Cholesterinwerte, Zuckerkrankheit, Schlaganfälle, Erbkrankheiten, anderes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie regelmässig oder gelegentlich <b>Medikamente</b> (insbesondere auch Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmittel) ein und warum? Genau Bezeichnung und Dosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie an <b>Allergien</b> (Heuschnupfen, Asthma, Insektenstichallergien, Medikamente, andere)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Rauchen</b> Sie? Wie viel? Wie lange?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trinken Sie <b>Alkohol</b> ? Wie oft? Wie viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Konsumieren Sie oder konsumierten Sie früher <b>Drogen</b> ? Welche? Wie oft? Wie lange?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treiben Sie <b>Sport</b> ? Was? Wie oft pro Woche? Wie lange?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leisten oder leisteten Sie <b>Militärdienst bzw. Zivildienst</b> ? Falls nein warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wie gross sind Sie? (in cm)			
Wie schwer sind Sie? (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 Feuerwehrdiensttauglichkeit nötigen medizinischen Angaben einzuholen.

Ort, Datum:

Unterschrift: