



**MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN**

für aktive Feuerwehrmitglieder

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

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



Frage/Zutreffendes bitte ankreuzen	nein	ja	Nähere Angaben
Sind Sie <b>Brillenträger/in</b> ?			
Sind Sie <b>Kontaktlinsenträger/in</b> ?			
<b>Andere Krankheiten, Störungen oder Beschwerden</b> , nach denen oben nicht gefragt wurde (Geburtsgebrechen, Missbildungen, Geschwulst, Krebs, anderes)?			
Haben Sie <b>Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen</b> 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 <b>untersucht, behandelt oder operiert</b> worden?			
Wurden Ihnen <b>Ruhe-, Diät-, Entziehungs- oder andere Kuren</b> verschrieben oder sind solche vorgesehen?			
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?			
Nehmen Sie regelmäßig oder gelegentlich <b>Medikamente</b> (insbesondere auch Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmittel) ein und warum? Genaue Bezeichnung und Dosis?			
Leiden Sie an <b>Allergien</b> (Heuschnupfen, Asthma, Insektenstichallergien, Medikamente, andere)?			
<b>Rauchen</b> Sie? Wie viel? Wie lange?			
Trinken Sie <b>Alkohol</b> ? Wie oft? Wie viel?			
Konsumieren Sie oder konsumierten Sie früher <b>Drogen</b> ? Welche? Wie oft? Wie lange?			
Treiben Sie <b>Sport</b> ? Was? Wie oft pro Woche? Wie lange?			
Leisten oder leisteten Sie <b>Wehrdienst bzw. Zivildienst</b> ? Falls nein warum?			
Für <b>Frauen</b> : Sind Sie schwanger oder ist eine Schwangerschaft geplant?			
<b>Körpergröße?</b> (in cm)			
<b>Körpergewicht?</b> (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: .....