



**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:

- Das **Feuerwehrmitglied** bestätigt mit seiner Unterschrift die Richtigkeit seiner Angaben und die korrekte Ausführung des Leistungstests.
- Der **Arzt** bestätigt mit seiner Unterschrift die medizinischen Voraussetzungen für die Atemschutztauglichkeit auf Basis des medizinischen Fragebogens und der Vorsorgeuntersuchung (laut DA 1.5.3).
- Der **Feuerwehrkommandant** bestätigt mit seiner Unterschrift die Vollständigkeit der Kriterien zur Erlangung der Atemschutztauglichkeit.