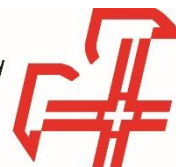


Tauglichkeitsuntersuchung für Feuerwehrleute

Fragebogen für
Angehörige der Feuerwehr (AdF)

Schweizerischer Feuerwehrverband
Fédération suisse des sapeurs-pompiers
Federazione svizzera dei pompieri
Federaziun svizra dals pumpiers



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
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 Belastung, plötzlicher Bewusstseinsverlust, Herzfehler, Herzklopfen, erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Herzschwäche, Durchblutungsstörung, Hirnschlag, Krampfadern, Venenentzündung, Thrombose, andere)?	☐	☐	
des Nervensystems (Epilepsie, Schwindel, Lähmung, andere)?	☐	☐	
der Psyche (Platzangst, Höhenangst, Panikattacken, 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)?	☐	☐	
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?	☐	☐	
Für Frauen : Sind Sie schwanger oder ist eine Schwangerschaft geplant?	☐	☐	
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? Genau 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 Militärdienst bzw. Zivildienst ? Falls nein warum?	☐	☐	
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: