



Bestätigung der 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:

Tauglich für Atemschutzeinsatz ja / nein

Nächste ärztliche Atemschutztauglichkeitsuntersuchung Jahr:

Ort, Datum:

Unterschrift Arzt:

Unterschrift Feuerwehrmitglied:

Unterschrift Feuerwehrkommandant: