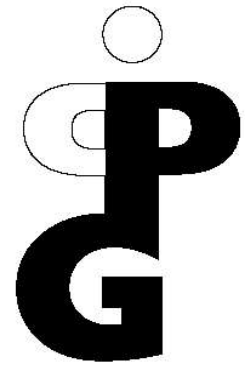


**Fragebogen Eignungsuntersuchung /
arbeitsmedizinische Vorsorge schwerer Atemschutz**
(ehemals G 26.3)



Name: _____, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Mobilnummer: _____

wohnhaft: _____

Auftraggeber / FF (bitte Wehrführer angeben): _____

bereits Atemschutzgeräteträger ? () ja, seit _____ oder () Erstuntersuchung

Beruf: _____

Fragen zu relevanten Vorerkrankungen / gesundheitlicher Eignung

Allgemeine Angaben:

Größe: _____ cm / Gewicht: _____ kg

Raucher: nein (), ja () Zigaretten pro Tag: _____ () E-Zigarette

Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja () nein ()

Sportart (z.B. Ausdauer /Krafttraining) _____

Häufigkeit Woche: _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? () ja: wie oft? _____
() nein

Haben Sie Allergien? () nein

() ja, _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

(welche / Dosis?) _____

Tragen Sie eine Brille / Kontaktlinsen: () ja () nein

wenn ja, Nahbereich (), Fernbereich (), Gleitsicht / multifokal ()

ist bereits eine Maskenbrille vorhanden () ja () nein

Gab es Beschwerden bei vorherigen Einsätzen / Probleme unter Atemschutz () nein

wenn ja, _____

Organspezifische Anamnese:

Herz-Kreislauf System () **nein**

Bestehen oder bestanden bei Ihnen Erkrankungen des Herz-Kreislauf System

() **ja** → **bitte nähere Angaben:** () Bluthochdruck

() Herzrhythmusstörungen

() Herzinfarkt/ Koronare Herzerkrankung

() Schwindel / Ohnmacht / unkl. Bewußtlosigkeit

() Luftnot bei Belastung / Atemnot

() Brustschmerzen bei Belastung

() sonstige: _____

Lunge und Atemwege

() **nein**

bestehen oder bestanden bei Ihnen Erkrankungen des Lunge / der Atemwege

- () **ja** → **bitte nähere Angaben:** () Asthma bronchiale
() COPD / chronische Bronchitis
() Atemnot bei Belastung
() Allergie der oberen Atemwege (s.o.)
() sonstige _____

Neurologische / Psychiatrische Vorerkrankungen

() **nein**

bestehen oder bestanden bei Ihnen neurologische / psychiatrische Vorerkrankungen

- () **ja** → **bitte nähere Angaben:** () Epilepsie / Krampfanfall
() unklarer Bewusstseinsverlust
() Migräne mit Aura
() Schwindel
() Depressionen / Angst und Panikstörungen
() Angst in Engen Räumen / Klaustrophobie
() Probleme in Extremsituationen / erhöhte
Stressempfindlichkeit
() chronische Schlafstörungen

Störungen des Bewegungsapparates / Orthopädische Vorerkrankungen () **nein**

- () **ja** → **bitte nähere Angaben:** () häufige Rückenschmerzen
() Bandscheibenprobleme / Bandscheibenvorfall
() Knie- / Hüftgelenksbeschwerden
() Schulterbeschwerden / Schmerzen
() sonstige _____

Tragen von schweren Lasten ist möglich () **ja** () **nein**

Stoffwechselstörungen / Diabetes mellitus

() **nein**

- () **ja** → **bitte nähere Angaben:** () Diabetes mellitus () insulinpflichtig
() Koma / Hypoglykämie

Angaben zum Impfstatus (bitte bringen Sie Ihren **Impfpass** zur Untersuchung mit)

Tetanusschutz besteht ja () nein / unklar ()

Hepatitis A * / B ** ja () nein / unklar ()

(nur bei Kontakt mit * kontaminierten Abwässern / **infektiösen
Körperflüssigkeiten z.B. im Rettungsdienst)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben

DATUM: _____

UNTERSCHRIFT: _____