

Tauglichkeitsuntersuchung für Atemschutzgeräteträger und Wasserrettung

Name	Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	
Wohnort	Postleitzahl	Straße
Beruf	Telefon	

Sind Sie bei früheren Untersuchungen bereits einmal für NICHT TAUGLICH erklärt worden? Ja Nein

Erkrankungen in der Familie: (Familie bedeutet Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern)

1. Starb ein naher Verwandter unter 55 Jahren an Herzinfarkt oder plötzlichem Herztod? Wenn ja, wer? _____ In welchem Alter? _____ Jahre	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2. Liegt bei einem nahen Verwandten eine auffällige Herzkrankheit vor? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3. Ist ein Familienmitglied zuckerkrank (Diabetes mellitus)? Wenn ja, wer? _____ In welchem Alter? _____ Jahre	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4. Ist ein Schlaganfall in der Familie aufgetreten? Bei wem? _____ In welchem Alter? _____ Jahre	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Frühere Erkrankungen

5. Haben, oder hatten Sie irgendwelche schwerwiegende Erkrankungen? Wenn ja, welche _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
6. Bisherige Operationen <input type="checkbox"/> Mandeloperation Wann? _____ <input type="checkbox"/> Leistenbruchoperation Wann? _____ <input type="checkbox"/> Blinddarmoperation Wann? _____ <input type="checkbox"/> Sonstige _____ Wann? _____		
7. Unfälle/Knochenbrüche/Operationen an Gelenken? Wenn ja, welche? _____ wann? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Aktuelle Krankheiten

8. Ist bei Ihnen eine Herzkrankheit bekannt? Wenn ja, welche/seit wann? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
9. Sind Ihnen sonstige Krankheiten bekannt? Wenn ja, welche/seit wann? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
10. Fühlen Sie sich zur Zeit krank? Wenn ja, welche Beschwerden haben Sie? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Spezielle Fragen

11. Hatten Sie in den letzten 2 Jahren:			
➤ Plötzliche Ohnmachten ?	Wenn ja, wann? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
➤ Schwindelanfälle?	Wenn ja, wann? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
➤ Herzschmerzen ?	Wenn ja, seit wann? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
➤ Herzstolpern ?	Wenn ja, seit wann? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
➤ Ungewöhnliche Luftnot?	Wenn ja, seit wann? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
➤ Epileptische Anfälle?	Wenn ja, seit wann? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
12. Besteht ein erhöhter Blutdruck? Wenn ja, seit wann? _____		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

13. Augen: Haben Sie irgendwelche Sehprobleme? Ja Nein
 Kontaktlinsen Brillenträger Farbenblindheit Andere _____

14. Hatten Sie Probleme mit Ihren Ohren? Ja Nein
 Mittelohrentzündung Trommelfellriss Ohrensäusen Hörstörungen

15. Haben Sie Beschwerden an Muskeln, Gelenken oder Wirbelsäule?
 Wenn ja, wo? _____ Ja Nein

16. Fühlen Sie Unsicherheiten oder Angstzustände bei körperlicher Belastung? Ja Nein

17. Bei Frauen: Sind Sie schwanger? Ja Nein Zyklusstörungen? Ja Nein
 Regelblutung derzeit? Ja Nein

18. Haben Sie momentan irgendwelche der folgenden Beschwerden? Ja Nein
 Schlafstörungen Appetitmangel / Gewichtsverlust
 Magendarmbeschwerden Beschwerden beim Wasserlassen
 Sonstiges _____

19. Leiden Sie unter Atembeschwerden? Ja Nein
 Atemnot Husten Auswurf Heuschnupfen Asthma

20. Sind Ihnen Allergien bekannt?
 Wenn ja, welche? _____ Ja Nein

21. Hatten Sie in den letzten 3 Wochen einen Infekt / Erkältung oder eine Grippe? Ja Nein

22. Haben Sie im Laufe des letzten Jahres Blutproben oder sonstige Untersuchungen durchgeführt?
 Wenn ja, war dabei irgendetwas nicht in Ordnung? _____ Ja Nein

Risikofaktoren

23. Bestehen bei Ihnen sogenannte Risikofaktoren?

Rauchen Ja Nein
 Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich: _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein
 Bier Wein Superalkoholika Gläser pro Tag _____ pro Woche _____

Trinken sie regelmäßig Kaffee? Ja Nein
 Wenn ja, wie viele Tassen pro Tag? _____
 Fernsehkonsum pro Tag in Stunden? _____

Übergewicht Ja Nein
 Fettstoffwechselstörung/erhöhtes Cholesterin Ja Nein
 Zuckerkrankheit Ja Nein

Ernährung

24. Normale Hausmannskost
 Mediterrane Diät
 Spezialdiäten wenn ja, welche? _____
 Nahrungsergänzungsmittel wenn ja, welche? _____

Bisherige Impfungen

25. Tetanus, zuletzt am _____ Tuberkulose Hepatitis A B
 Masern Röteln Keuchhusten
 Diphtherie Sonstige _____

Medikamente

26. Medikamenteneinnahme innerhalb des letzten Monats? Ja Nein
 Wenn ja, welche? _____

Datum: _____

Unterschrift: _____
 (bei Minderjährigen Unterschrift eines Elternteils)