



**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: .....