LANDES FEUERWEHR VERBAND · SALZBURG

TAUGLICHKEITSBESCHEINIGUNG
für den Atemschutzgeräteträger

(Zutreffendes ankreuzen!)

☐ Erstuntersuchung

☐ Wiederkehrende Untersuchung

Name : ..... Feuerwehr : .....

Adresse : .....

geb. am : .....

ist nach Untersuchung vom..... gemäß der Richtlinie Org.Nr. 5.01.11

zum Atemschutzgeräteträger ☐ tauglich

(Zutreffendes ankreuzen!)

☐ vorübergehend untauglich
(Nachuntersuchung in……..)

☐ untauglich auf Dauer

…….....
Datum, Stampiglie, Unterschrift des Arztes

Kenntnisnahme des Feuerwehrmitglieds

Ich bestätige, dass ich bei einer Beeinträchtigung meiner Einsatztauglichkeit laut Richtlinie Tauglichkeitsuntersuchungen (Org.Nr. 5.01.11 / Pkt. 1.8) dies dem Ortsfeuerwehr-kommandanten mitteilen werde.
Ich bin mit der elektronischen Datenerfassung und -weiterverarbeitung im LFKdo Salzburg einverstanden.

…….....
Datum, Unterschrift Feuerwehrmitglied