LANDES FEUERWEHR VERBAND · SALZBURG

TAUGLICHKEITSBESCHEINIGUNG
für den Tauchdienst

(Zutreffendes ankreuzen!)

☐ Erstuntersuchung

☐ Wiederkehrende Untersuchung

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

Adresse : .....

geb. am : .....

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

HNO – ärztlich zum Tauchdienst geeignet: ☐ ja

(Zutreffendes ankreuzen!) ☐ nein

……
Datum, Stampiglie, Unterschrift HNO-Arzt

Zusammenfassende Beurteilung:

zum Tauchdienst

(Zutreffendes durch Erstuntersucher ankreuzen!)

☐ tauglich

☐ 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