



Ärztliches Attest

Name: _____

Geb. am: _____ Geb. Ort: _____

ist aus medizinischer Sicht tauglich für:

Rettungsschwimmen mit/ohne Einsatz
Wildwasserschwimmen mit/ohne Einsatz
Gerätetauchen mit/ohne Einsatz

(nicht Zutreffendes streichen)

Stempel, Unterschrift
Untersuchender Arzt

Ort, Datum
gültig: 1 Jahr





Medizinische Tauglichkeitsuntersuchung

für den Einsatzdienst in der ÖWR

**Wildwasserretter
Fließwasserretter
Rettungsschwimmer**

**Anamnese
(Vorgeschichte)**

Personalien

Name, Vorname: Geb. Datum:

Adresse:

Tel./Fax:

Gesamte Vorgeschichte

Ergänzungen seit der letzten Untersuchung vom:

(nur möglich, wenn der Untersuchungsbogen der letzten Untersuchung dem Arzt vorliegt)

1. Hatten Sie Krankenhaus- oder Heilstättenbehandlungen, Operationen, schwerere Verletzungen oder Unfälle?

nein ja

Hatten/haben Sie Beschwerden oder Erkrankungen folgender rgane oder Körperfunktionen?

2. Kopf, Gehirn, Nervensystem

(Schädel-Hirnverletzung incl. Gehirnerschütterung, häufiger Kopfschmerz, Migräne, Drehschwindel, Gleichgewichtsstörungen, Seekrankheit, Anfall mit Bewusstlosigkeit, epileptische Anfälle, Lumbago, sonstige neurologischen Erkrankungen)

nein ja

3. Psyche

(Neigung zu Angstreaktion, Beklemmung in engen Räumen oder auf freien Plätzen, Panikattacken, Depressionen oder depressive Phasen, sonstige psychische Erkrankungen)

nein ja

4. Augen

(Herabsetzung des Sehvermögens. Brillen- bzw. Kontaktlinsenträger: Stärke des Sehbehelfs, erhöhter Augeninnendruck)

nein ja

5. Nase, Nasennebenhöhlen

(häufige Katarrhe, allergischer Schnupfen, Neigung zum Nasenbluten, Stirn- oder Kieferhöhlenentzündungen)

nein ja

6. Ohren

(Gehörgangsentzündung, Mittelohrentzündung, Trommelfellriss, Hörstörung, Ohrgeräusche, Schwindel)

nein ja

7. Atmungsorgane

(Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Tuberkulose, Asthma, länger dauernde Bronchitis, Atemnot und/oder Husten bei leichter Anstrengung oder durch kalte Luft, Pneumothorax)

nein ja

8. Herz-Kreislaufsystem

(Herzfehler, Herzmuskelentzündung, Engegefühl/Schmerzen im Brustkorb, Herzrhythmusstörungen, erhöhter Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Venenentzündungen, Thrombosen, Embolien)

nein ja

9. Verdauungsorgane

(Aufstoßen, Sodbrennen, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre, Koliken, Gallensteine, Leistenbrüche)

nein ja

10. Niere, Harnwege, Geschlechtsorgane

(Nieren-, Nierenbecken- bzw. Blasenentzündungen, Nierensteine, gynäkolog. Erkrankungen, Schwangerschaft)

nein ja

11. Haut, Muskulatur

(Ausschläge, Entzündungen, angeborene oder erworbene Muskelschwäche)

nein ja

12. Knochen, Gelenke

(Brüche, Verrenkungen (Luxationen), Rheumatismus, Bandscheibenschäden, Bewegungseinschränkungen)

nein ja

13. Stoffwechsel

(Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, - der Nebenniere. Tetanie, Zuckerkrankheit)

nein ja

14. Leiden Sie an Allergien?
 nein ja
15. Hatten Sie in den letzten Monaten fieberhafte Erkrankungen?
 nein ja
16. Hatten/haben Sie sonstige Krankheiten, Ausfälle oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt wurde?
 nein ja
17. Trinken Sie alkoholische Getränke?
 nein fallweise regelmäßig: Art, Menge:
18. Rauchen Sie?
 nein fallweise regelmäßig: Art, Menge:
19. Nehmen Sie Medikamente ein?
 nein fallweise regelmäßig: Art, Menge:
20. Bei Frauen: Sind Sie schwanger?
 nein ja, in der Woche
21. Wurde innerhalb der letzten Jahre eine Röntgenuntersuchung der Lunge durchgeführt?
 nein ja: vor Monat(en)/Jahr(en) warum:
22. Wurde innerhalb der letzten Jahre ein Ruhe- oder Belastungs-EKG durchgeführt?
 nein ja, vor Monat(en)/Jahr(en) warum:
23. Ergänzungen



Medizinische Tauglichkeitsuntersuchung

für den Einsatzdienst in der ÖWR

Wildwasserretter
Fließwasserretter
Rettungsschwimmer

Körperliche Untersuchung

(Erstuntersuchung im Rahmen der Ausbildung, Kontrolluntersuchungen jährlich)

Name, Vorname: Geb. Datum:

Adresse:

Tel./Fax:

Alter: Jahre

Größe: cm

Gewicht: kg

1. Allgemeinzustand

Ernährungszustand, Ödeme, Missbildungen, Amputationen

o.B. Befund:

2. Augen:

(pto- / Pupillomotorik, Sehschärfe li / re, bei Brillen- / Kontaktlinsenträgern:
Dioptrienangabe)

Augenärztliche Kontrolle empfehlenswert bei:

binokulare Sehleistung < 0,7; Myopie;

Alter > 50 J.; Alter > 40 J. und Hyperopie;

Glaukom bekannt oder vermutet; Z. n. Augen-op.;

bei Augenzündungen und anderen Augenkrankheiten

o.B. Befund

3. Nase, NNH, Ohren

(Behinderte Nasenatmung, Anhalt für purulente oder allergische Rhinitis / Sinusitis
Gehörgänge, Trommelfell: Perforation, atrophische Narbe – Belastbarkeit bei Valsalva-
Manöver, Tubendurchgängigkeit, Hörvermögen li / re)

o.B. Befund:

4. Hals

(Struma, Lymphknotenvergrößerung, Geräusche über der A. carotis – Stenose)

o.B. Befund:

5. Thorax / Lunge

(Thoraxform, symmetrische Atemexkursion, Perkussion, Auskultation)

o.B. Befund:

	Soll-Wert	Ist-Wert	% der Norm
Ruhe-Vitalkapazität (VC)			
Forcierte Vitalkapazität (FVC)			
Absolute Sekundenkapazität (FEV1)			
Quotient FEV1 / VC			

6. Herz / Kreislauf

(Perkussion, Auskultation)

Patholog. Herzgeräusche bedürfen kardiologischer Abklärung

o.B. Befund:

RR:

rechts: / mm Hg; links: / mm Hg;

Puls: /min

Ruhe-EKG:

o.B. Befund:

Ergometrie mit Ausbelastung:

bligat bei Erstuntersuchung und ab 45. Lebensjahr bzw. bei 2 oder mehr Risikofaktoren

o.B. Befund:

Leistungsbewertung:

(Abbruchkriterien, Leistungsfähigkeit, Pulserholung nach Belastungsende, Blutdruckverhalten, Trainingsempfehlung)

7. Abdömen

(Leber- oder Milzvergrößerung, pathologische Resistenzen, Hernien)

o.B. Befund:

8. Psyche

Angstreaktionen; Klaustro- oder Agoraphobie; Paniksyndrom; psychot. Zeichen; Suchtkrankheit incl. Alkohol; paranoide Reaktionen; Halluzinationen; Stimmungslage: gehoben / depressiv; Antriebsminderung; verlangsamte Reaktion; posttraumat. Stress-Syndrom; sonstige Verhaltensstörungen

o.B. Befund:

9. Lab

Blutbild

Elektrolyte

Harnstreifen

BZ

Leber- und Nierenwerte

Schilddrüsenwerte

o.B. weitere Untersuchungen:

Datum:

Stempel / Unterschrift: