

Ärztliche Stellungnahme (zur Vorlage Orts-Feuerwehr und LFS Tirol)

Vorname: _____ Zuname: _____

Feuerwehr _____ Geb. Datum: _____

PLZ/ Ort _____ Straße: _____

Aufgrund der Untersuchung vom _____

ist der/die Vorgenannte

Tauglich

nicht tauglich

zur Verwendung als Atemschutzgeräteträger.

Ergo- und Spirometrie durchgeführt am _____

nicht durchgeführt (Folgeuntersuchung)

Nächstes Ärztliches Gespräch zur Atemschutztauglichkeit _____

(Untersuchungsintervall max. 5 Jahre, bei Personen über 40 Jahre max. 3 Jahre, bei Personen über 50 Jahre max. 2 Jahre)

Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes