

## Vorscreening für den AKL-Test

Ordination Dr. Peter Rosenberger

Bitte füllen Sie alle Felder gewissenhaft aus!

<b>Zuname</b>		<b>Titel</b>	
<b>Vorname</b>			
<b>Feuerwehr</b>		<b>Mitgliedsnummer</b>	
<b>Soz. Vers.</b>	<b>Geb. Datum</b>	<b>Versicherung</b>	
<b>Straße / Nr.</b>			
<b>PLZ / Ort</b>			
<b>Tel. Nr.</b>			
<b>Datum/Unterschrift</b>			

<b>Größe</b>	cm
<b>Gewicht</b>	kg
<b>BMI=</b> Gewicht in kg / (Größe in m) <sup>2</sup> (Soll:<32)	
<b>Ruheherzfrequenz</b> (Soll:<100Schläge/min)	Schläge/Min.
<b>Blutdruck</b> (Soll: <160/90 mmHg)	mmHg
<b>Rauchen</b> (Stk./Tag / Raucherjahre)	Stk/Tag Jahre

<b>Derzeitige Beschwerden</b>	Keine <input type="checkbox"/> Beschwerden <input type="checkbox"/>
Welche?	

<b>Die Funktion des Atemschutzträgers beeinflussende Erkrankungen:</b>	Keine <input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus <input type="checkbox"/>	Epilepsie <input type="checkbox"/>
Drogensucht <input type="checkbox"/>	Psychopharmaka <input type="checkbox"/>
Alkoholsucht <input type="checkbox"/>	
Freie Beweglichkeit der Extremitäten <input type="checkbox"/>	
Ausreichendes Hörvermögen <input type="checkbox"/>	
Sehvermögen beidseitig > 0,75 <input type="checkbox"/>	
Kann Atemmaske dicht tragen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Piercing? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (Piercing muss im Einsatz entfernt werden!)	

### Vom Arzt auszufüllen!

Einwand gegen AKL-Test <input type="checkbox"/>	Kein Einwand gegen AKL-Test <input type="checkbox"/>
07.01.2010	Dr. Peter Rosenberger