

Ärztliche Bescheinigung über die Eignungsbeurteilung von Einsatzkräften der Freiwilligen Feuerwehr

Sachgebiet Feuerwehren und Hilfeleistungsorganisationen, Stand: 15.12.2025

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Feuerwehr:

1. Eignungsbeurteilung (Zutreffendes ankreuzen)

Für Tätigkeiten unter Atemschutzgeräten der Gerätegruppe 1 2 oder 3

Für Tätigkeiten als Taucherin bzw. Taucher

Datum der Eignungsbeurteilung (Tag/Monat/Jahr): | |

Erste Eignungsbeurteilung Erneute Eignungsbeurteilung

Ergebnis der Eignungsbeurteilung:

Die oder der oben genannte Feuerwehrangehörige ist für die unter Nr. 1 gekennzeichnete Tätigkeit

geeignet

nicht geeignet

geeignet unter folgenden Voraussetzungen (z. B. Bereitstellung geeigneter Maskenbrille):

2. Arbeitsmedizinische Vorsorge

Arbeitsmedizinische Vorsorge wegen der unter Nr. 1 aufgeführten Tätigkeit wurde gemeinsam mit der Eignungsbeurteilung gemäß § 7 (1) DGUV Vorschrift 49 „Feuerwehren“ durchgeführt.

3. Zeitpunkt der nächsten Eignungsbeurteilung spätestens (Tag/Monat/Jahr): | |

Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin/des Arztes