



Sehr geehrte Feuerwehrfrau, sehr geehrter Feuerwehrmann,  
bitte füllen Sie vor der Untersuchung diesen Bogen sorgfältig und wahrheitsgetreu aus.

--	--	--

Name Vorname Geburtsdatum

--

Adresse

Ich hatte schon eine G26-Untersuchung, Zeitpunkt:  Monat/Jahr

Ich leide unter folgenden Beschwerden:

<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> gelegentlich	Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> gelegentlich	Schlafstörung
<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> gelegentlich	Schläfrigkeit tagsüber, spontanes Einschlafen
<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> gelegentlich	Rückenschmerzen
<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> gelegentlich	Schmerzen im Brustkorb
<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> gelegentlich	Atembeschwerden

Ich rauche  Zigaretten am Tag

Ich trinke  alkoholische Getränke pro Woche

Folgende Erkrankungen wurden bei mir festgestellt:

<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Tumorleiden
<input type="checkbox"/>	Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	Krampfanfälle
<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	Ohnmachtsanfälle
<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen
<input type="checkbox"/>	Gelenkerkrankung		

Ich nehme – regelmäßig oder häufig - folgende Medikamente:

--

--	--

Datum

Unterschrift