

Vorschlag zur Aufnahme in die Freiwillige Feuerwehr

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsort: _____ Geburtsdatum: _____
Wohnort: _____ Straße u. Hausnr.: _____
Telefon (priv): _____ Telefon (dienstl.) _____
Führerschein: _____ Unterschrift: _____

Frühere Dienstzeiten in einer Freiwilligen Feuerwehr (Nachweise sind unbedingt beizufügen)

Freiwillige Feuerwehr

Dienstzeit von: _____ bis: _____
Letzter Dienstgrad _____
Letzte Dienststellung _____

Besuchte Lehrgänge:

Lehrgangsart: _____
von: _____ bis: _____
Lehrgangsveranstalter: _____

Ich bitte dem Aufnahmegesuch zuzustimmen:
Aktiv ab/ seit: _____
, den _____

Das Einvernehmen mit dem Ortsbürgermeister
wird hiermit hergestellt:
, den _____

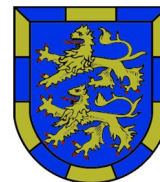
Unterschrift: _____ (Wehrführer) Unterschrift: _____ (Ortsbürgermeister)

Von dem o.a. vorschlag zur Aufnahme in die Freiwillige Feuerwehr habe ich Kenntnis genommen. Gegen die Aufnahme bestehen meinerseits keine / folgende Bedenken:

Ort, Datum: _____ Unterschrift des Wehrleiters: _____

Verpflichtung am:

Für internen Gebrauch - Datenerfassung FEZ am: _____ Eingang VG am: _____



Ärztliche Bescheinigung über die Untersuchung von Einsatzkräften der Feuerwehr

Nach § 14 Unfallverhütungsvorschrift (UVV) „Feuerwehren (GUV-V C53) dürfen für den Feuerwehrdienst **nur körperlich geeignete** Feuerwehrangehörige eingesetzt werden.

Diese Eignungsuntersuchung erfolgt **nicht** nach den Vorgaben der Arbeitsmedizinischen Pflichtvorsorge gemäß ArbMedVV.

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Feuerwehr/Abteilung: _____

1. Feuerwehrdiensttauglichkeitsuntersuchung

Datum der Untersuchung _____

Erstuntersuchung **Nachuntersuchung**

1. Ergebnis der Untersuchung:

Bei Herr / Frau _____ **bestehen für die unter 1. aufgeführten Tätigkeiten**

- dauernde gesundheitliche Bedenken.**
- befristete gesundheitliche Bedenken*.**
- keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen*.**
- keine gesundheitlichen Bedenken.**

*Bemerkungen:

2. Zeitpunkt der nächsten Untersuchung: _____

Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes/der Ärztin