

Personalärztliche Begutachtung

Informationen

über den Ablauf der Personalärztlichen Eignungsuntersuchung für den Feuerwehreinsatzdienst

Folgende Einzeluntersuchungen werden bei Ihnen standardmäßig durchgeführt:

Urinuntersuchung	Am Tage der Untersuchung muss Urin abgegeben werden. Sie können sich nach Eintreffen im „Notfall“ sofort nach Anmeldung zur Urinabgabe im Labor melden. Das Labor ist ausgeschildert.
Ärztliche Untersuchung	
Blutentnahme für Laboruntersuchung	Bitte nehmen Sie am Untersuchungstag nur ein leichtes Frühstück zu sich ohne zuckerhaltige Nahrungsmittel (wie z.B. Obstsäfte, Limonade, Obst, Marmelade etc.) Bringen Sie vorsorglich ein zweites Frühstück für den späten Vormittag mit.
Herzfunktion (Ruhe-EKG)	
Herzfunktion unter Belastung (Belastungs-EKG)	Bringen Sie bitte für das Belastungs-EKG Sportzeug und Turnschuhe mit. Falls Sie noch nicht so zeitig frühstücken können, bringen Sie sich bitte etwas zu essen mit, dieses ist sehr wichtig für die Ergometrie. (diese Untersuchung entfällt bei Minderjährigen)
Sehtest	Sollten Sie Kontaktlinsen tragen, dürfen diese am Tag der Untersuchung nicht benutzt werden, um ein optimales Sehtestergebnis zu erzielen. Sollten Sie eine Sehhilfe haben, bringen Sie diese bitte unbedingt mit. Falls Sie ein augenärztliches Gutachten haben, bringen Sie auch dieses bitte mit.
Hörtest	Achtung: Es empfiehlt sich, am Tag der Untersuchung lautes Musikhören über Kopfhörer, insbes. In-Ear Geräte, zu vermeiden
Lungenfunktionstest	

Folgende Untersuchungen können zusätzlich erforderlich werden:

zusätzliche, ärztliche Untersuchungen im PÄD	Sollten sich nach Durchsicht der Unterlagen oder bei der Untersuchung spezielle Fragen auf orthopädischem oder nervenärztlichem Fachgebiet ergeben, werden ärztliche Zusatzuntersuchungen veranlasst.
--	---

Die gesamte Untersuchung wird voraussichtlich zur Mittagszeit beendet sein.

Bitte beachten Sie folgende Angaben:

1. Zahnärztliche Bescheinigung und Merkblatt für Ihren Zahnarzt

Diese Bescheinigung muss von Ihrem Zahnarzt ausgefüllt und von Ihnen an die personalärztliche Begutachtung übergeben werden.

2. Fünfjahres-Bescheinigung

Diese Bescheinigung ist von Ihrem Hausarzt auszufüllen und ebenfalls zum Termin der Begutachtung mitzubringen. Sollten Sie innerhalb der letzten fünf Jahre nicht bei einem Hausarzt gewesen sein, füllen Sie die „Bescheinigung über den Gesundheitszustand“ aus und unterschreiben diese.

3. Augenuntersuchung

Sollten Sie Brillen-, Kontaktlinsenträger oder in sonst einer Form in Ihrer Sehkraft beeinträchtigt sein, lassen Sie diesen Antrag von Ihrem Augenarzt ausfüllen und bringen Sie diesen dann zum Untersuchungstermin mit.

4. Laserkorrektur

Ist eine Sehbeeinträchtigung durch eine Laserkorrektur behoben worden, lassen Sie den dafür beiliegenden Antrag ebenfalls von Ihrem Augenarzt ausfüllen. Auch dieser Antrag muss zum Untersuchungstermin mitgebracht werden.

5. Anamnesebogen

Den Anamnesebogen füllen Sie bitte persönlich kurz vor dem personalärztlichen Untersuchungstermin aus und geben damit Auskunft über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand.

Bitte denken Sie daran:

Ohne die geforderten Unterlagen findet Ihre Personalärztliche Untersuchung nicht statt!

VERTRAULICH ! PERSONALSACHE !

An das
Personalamt
Referat Personalärztliche Begutachtung
Alter Steinweg 4
20459 Hamburg

Zahnärztliche Bescheinigung

Über:

Nachname: _____

Vorname: _____

geboren am: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Wohnort _____

Hiermit wird bescheinigt, dass der Zustand des Gebisses den umseitig abgedruckten
Anforderungen für den Feuerwehreinsatzdienst entspricht.

_____, _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift und Stempel des Zahnarztes)

Zur Mitnahme für den beurteilenden / behandelnden Zahnarzt

Voraussetzungen/Anforderungen für die ärztliche Beurteilung des Zahnstatus für den Feuerwehrdienst

Das Gebiss muss vor der Einstellung kariesfrei und saniert sein. Mund-, Kiefer- und Kiefergelenkserkrankungen sind in die Sanierung einzubeziehen. Nach erfolgter Sanierung und nach Eingliederung von festsitzendem oder abnehmbarem Zahnersatz im Lückengebiss muss das Kauorgan einen Funktionswert aufweisen, mit dem es auch Anforderungen bei besonderer körperlicher Beanspruchung gerecht wird.

Es dürfen weder das Sprechen noch die Kau- und Abbeißfähigkeit erheblich beeinträchtigt sein. Das Gebiss muss über eine genügende Abstützung im Seitenzahngebiet verfügen.

Eine ausreichende Sanierungsmöglichkeit des Lückengebisses kann angenommen werden, wenn im Ober- und Unterkiefer ausreichend wurzelgesunde und fest im Kiefer stehende Pfeiler für eine dauerhafte und funktionstüchtige prothetische Versorgung vorhanden sind. Weisheitszähne sind in der Regel als Pfeilerzähne nicht geeignet.

Stark zerstörte oder solche mit übergroßen Füllungen sind fehlenden Zähnen gleichzusetzen, sofern eine längere Erhaltung durch Überkronung nicht mehr möglich ist.

Frontzahnücken sind in jedem Fall zu schließen.

Einzelne Lücken im Seitenzahngebiet müssen bei jugendlichen Bewerbern nicht geschlossen werden, wenn durch eine ausreichende Abstützung der Antagonisten nicht mit einer Elongation oder Kippung zu rechnen ist. Grundsätzlich ist zur Versorgung des Lückengebisses festsitzender Zahnersatz einzugliedern.

Zahnlosigkeit eines Kiefers schließt die Tauglichkeit aus.

Abnehmbarer partieller Zahnersatz ist nur in Ausnahmefällen und nur unter Anwendung besonders strenger Maßstäbe an den Funktionswert und die Parodontalhygiene zulässig.

Einfachprothesen mit Drahtklammern sind abzulehnen.

Während einer kieferorthopädischen Behandlung, insbesondere bei Bebänderung und allen festen Behandlungsapparaturen, ist eine Beurteilung nicht möglich. Sie ist bis zum Abschluss der Behandlung zurückzustellen. Alle Behandlungsmaßnahmen müssen vor der Einstellung vollständig abgeschlossen sein.

Merkblatt "Zahngesundheit" für Bewerber/innen der Feuerwehr Hamburg

Sehr geehrte Bewerberin, Sehr geehrter Bewerber,

die Überprüfung Ihrer gesundheitlichen Eignung für die Einstellung in den Feuerwehreinsatzdienst erfordert auch den Nachweis eines gesunden Gebisses (Zahnstatus).

Dieser Nachweis ist von Ihnen zu führen: D.h. Sie bringen eine Bestätigung des Zahnarztes Ihrer Wahl bei, aus der hervorgeht, dass Ihr Zahnstatus den Anforderungen entspricht, die in der Eignungsvorschrift für den Feuerwehreinsatzdienst festgeschrieben sind.

Auf dem anliegenden Beiblatt finden Sie die hierfür geltenden Vorschriften aufgelistet.
Bitte übergeben Sie dieses Blatt Ihrem Zahnarzt.

Wenn nach dessen Befund Ihr Zahnstatus den Anforderungen entspricht, lassen Sie unmittelbar das auf der Rückseite des Beiblattes vorgedruckte Attest unterschreiben und abstempeln.

Sollten jedoch bei Ihnen noch zahnärztliche Maßnahmen erforderlich sein, um den vorgeschriebenen Zustand herzustellen, empfehlen wir dringend, diese schnellstmöglich beginnen zu lassen, um Ihren Einstellungstermin nicht zu gefährden (s.u.). In diesem Fall können Sie erst nach Abschluss der Behandlung das Attest von Ihrem Zahnarzt ausfertigen lassen. Eine "Zwischenattestierung" ist nicht zulässig.

Das fertige Attest übergeben Sie der personalärztlichen Begutachtung (nicht an das Personalauswahlzentrum).

Am besten wäre eine Vorlage des Attestes am Tage der Einstellungsuntersuchung.
Sollte das Attest bis dahin noch nicht fertig sein (z.B. wegen noch laufender Sanierungsmaßnahmen), müssen Sie das Blatt entsprechend später der personalärztlichen Begutachtung zusenden.

In jedem Fall darf die Gutachterin/der Gutachter das Gesamtzeugnis über Ihre gesundheitliche Eignung erst nach Erhalt des Nachweises über den Zahnstatus herausgeben. Sie blockieren also selbst den Fortgang Ihres Bewerbungsverfahrens und damit Ihren Einstellungstermin, wenn Sie sich mit dem Nachweis Zeit lassen!

Bitte beachten Sie, dass alle Kosten, die im Zusammenhang mit dem Nachweis über den Zahnstatus entstehen sollten, ebenso auch alle etwaigen Kosten der Zahnsanierung, von Ihnen zu tragen sind, ggf. unter Einbeziehung Ihrer Krankenversicherung.

Besondere Rückfragen zu diesem Verfahren richten Sie bitte an die personalärztliche Begutachtung. Am einfachsten an Ihrem dortigen Untersuchungstag, sonst telefonisch unter 040 - 4 28 41 - 30 60 oder per E-Mail an PB@personalamt.hamburg.de.

Bescheinigung über den Gesundheitszustand

Als Bewerber für den Feuerwehrdienst der Freien und Hansestadt Hamburg benötigen Sie zwingend eine ärztliche Bescheinigung über Ihren Gesundheitszustand. Diese müssen Sie auf eigene Kosten von allen Ärzten, die Sie in den vergangenen 5 Jahren behandelt haben, ausfüllen lassen. Bitte bringen Sie die Bescheinigung(en) zum Untersuchungstermin im Personalärztlichen Dienst mit.

Sollte diese Bescheinigung nicht zu erhalten sein (z.B. Wohnungswechsel, keine ärztliche Behandlung), kann sie durch die untenstehende schriftliche Erklärung – bei Minderjährigen mit Unterschrift(en) des/der gesetzlichen Vertreter(s) – ersetzt werden.

Name: _____
Vorname: _____
Geb.datum: _____

Erklärung der Bewerberin/des Bewerbers

- ☐ Ich hatte in den vergangenen 5 Jahren keine Erkrankung/Verletzung und bin nicht ärztlich behandelt worden
- ☐ Außer den in der/den ärztlichen Bescheinigung/en angegebenen Diagnosen hatte ich in den vergangenen 5 Jahren keine Erkrankung/Verletzung und bin nicht ärztlich behandelt worden
- ☐ Ich hatte in den vergangenen 5 Jahren folgende Erkrankung(en)/Verletzung(en)/Eingriffe (bitte auflühren):

Ich / Wir habe/n zur Kenntnis genommen, dass nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 BeamtStG eine Ernennung zurückzunehmen ist, wenn Sie durch arglistige Täuschung, also auch durch bewusste Falschangabe bei der Bescheinigung über den Gesundheitszustand, herbeigeführt wurde.

_____, _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

Ärztliche 5-Jahres-Bescheinigung

Frau/Herr _____ geb. _____

wurde in den vergangenen 5 Jahren von mir wegen folgender Erkrankungen behandelt:

Zeitraum	Diagnose im Klartext keine ICD-Ziffern, keine Verschlüsselungen, keine PC-Ausdrucke

Bei **Allergien**: ggf. Art der Behandlung eintragen

Bei **Operationen**: Op-Bericht beifügen, ggf. auch Laser Eingriffe (z.B. am Auge)

Bei **Medikamenteneinnahme** (auch Pille): Name des Präparats und Dosierung eintragen

Datum, Unterschrift, Stempel



Nur für Brillenträger/innen bzw. Kontaktlinsenträger/innen oder Bewerber/innen bei denen eine Minderung der Sehleistung vorliegt!

Name: _____

Vorname: _____

geb. am: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

ausgewiesen durch: _____

1. Zentrale Sehschärfe (in Dezimalzahlen)

Untersuchungsbefund vom:		Sehschärfe
ohne Glas	rechts	
	links	

		Sehschärfe	Glasstärke
mit Glas	rechts		
	links		
	beidäugig		

2. Gesichtsfeld		
3. Stereosehen	Angabe nur in Winkelsekunden (Titmus-Test)	

4. Farbtüchtigkeit / Anomaloskop – oder Farbtafeln Ishihara und Velhagen	
a) Anomaloskopeinstellung:	
b) Anomalquotient:	Wert:
c) Urteil	normal, deuteranomal, deuteranop, protanomal, protanop

5. Dämmerungsschärfe	normal, herabgesetzt (Nyktomat Rodenstock, Mesoptometer)
	Stufe:

6. Blendempfindlichkeit	Stufe:
-------------------------	--------

7. Optische Medien	
8. Augenhintergrund	
9. Augenkrankheiten	

10. Fachärztliche Bemerkungen	
a)	Bestehen Hinweise auf angeborene oder chronische Augenkrankheiten?
b)	Bestehen Hinweise auf einen Strabismus?
c)	Fand schon einmal eine Augen-OP statt? Wenn ja, welche und wann?

(Datum)

(Stempel und Unterschrift der Augenärztin/des Augenarzts)

Name: _____, geb. am: _____

ausgewiesen durch: _____

Laserkorrektur

vor dem Eingriff: Angabe der Dioptrien rechtes Auge: _____

linkes Auge: _____

nach der Laserkorrektur:

Datum der OP: _____

Angabe des angewandten Verfahrens:

Angaben über die nach dem Eingriff angewandten topischen Medikamente

Zeitdauer: _____

Medikamente / Wirkstoff: _____

Gutachterliche Stellungnahme zu dem Untersuchungsergebnis nach dem Eingriff

(Nicht durch operierenden Augenarzt und nicht früher als 6 Monate nach dem Eingriff)

nach DIN 58 220 (Landoltringe)

Sehschärfe für die Ferne: ohne Korrektur re Auge _____ li Auge _____

ggf. mit Korrektur re Auge _____ li Auge _____

Augenhintergrund / Netzhaut:

Hinweise für eine Ausdünnung der Netzhaut sind vorhanden / nicht vorhanden.

(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Augeninnendruck: re Auge _____ mmHg li Auge _____ mmHg

Lichtsinn (bitte auch Methode mit Referenzwerten angeben): _____

Umfeldleuchtdichte: 0,032 cd/m² (Dämmerungssehen) Kontrast 1: _____

0,100 cd/m² (Blendungsempfindlichkeit) Kontrast 1: _____

Beurteilung der Linse: _____

Hinweise für eine beginnende Eintrübung sind vorhanden / nicht vorhanden.

(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Hornhautdicke: _____

Stellungnahme zur Langzeitprognose:

_____, _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift und Stempel)



Senat der Freien und Hansestadt Hamburg
Personalamt

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Sehr geehrte Bewerberin,
sehr geehrter Bewerber,

mit diesem Fragebogen erhalten Sie die Möglichkeit, in Ruhe vor der Untersuchung, die erforderlichen Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand zu beantworten. Der Fragebogen soll das Untersuchungsgespräch vorbereiten helfen. Er verbleibt in den Unterlagen bei der Personalärztlichen Begutachtung.

Das Ergebnis der Untersuchung wird der auftraggebenden Stelle mitgeteilt. Soweit es für die Entscheidung erforderlich ist, werden auch die Grundlagen des Untersuchungsergebnisses und deren medizinische Bewertung genannt. Innerhalb dieses Rahmens besteht keine ärztliche Schweigepflicht. Im Übrigen aber werden Ihre Angaben **streng vertraulich** behandelt.

		ja	nein
1.	Haben Sie zurzeit Gesundheitsbeschwerden?	☐	☐
2.	Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?	☐	☐
3.	Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Welche? _____	☐	☐

Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen oder Beschwerden:

		ja	nein
4.	Herz-/Kreislauferkrankungen (z.B. Gefäßerkrankung, Herzinfarkt, Herzklappenerkrankung), Thrombosen, Embolien?	☐	☐
5.	Bluthochdruck?	☐	☐
6.	Neigung zu Erkältungskrankheiten, Bronchitis, Rachen- und Mandelentzündungen, länger anhaltende Heiserkeit?	☐	☐
7.	Lungenerkrankungen, Tuberkulose?	☐	☐
8.	Bronchialasthma?	☐	☐
9.	Heuschnupfen?	☐	☐
10.	Magen-/Darmerkrankungen (z.B. Entzündungen, Geschwüre)?	☐	☐
11.	Erkrankungen der Leber, Gelbsucht?	☐	☐
12.	Krankheiten der Gallenblase, Bauchspeicheldrüse?	☐	☐
13.	Erkrankungen der Nieren oder Harnblase?	☐	☐
14.	Zuckerkrankheit?	☐	☐
15.	Störungen der Schilddrüsenfunktion?	☐	☐
16.	Hautkrankheiten?	☐	☐
17.	Allergien?	☐	☐
18.	Erkrankungen der Augen/Fehlsichtigkeit?	☐	☐
19.	Erkrankungen der Ohren (z.B. Trommelfelloperationen, Hörsturz, Ohrgeräusch) / Hörminderung sonstiger Ursache?	☐	☐



Senat der Freien und Hansestadt Hamburg
Personalamt

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

		ja	nein
20.	Vergiftungen?	☐	☐
21.	Hatten Sie Schwindelanfälle, leiden Sie häufig an Kopfschmerzen, Migräne?	☐	☐
22.	Bewusstlosigkeiten, Krampfanfälle, andere neurologisch-psychiatrische Erkrankungen?	☐	☐
23.	Rheuma oder Gelenk-, Wirbelsäulenbeschwerden, Knochenbrüche oder Unfälle?	☐	☐
24.	Sonstige, hier nicht erwähnte Erkrankungen oder Gesundheitsstörungen?	☐	☐

Sonstige Fragen:

		ja	nein
25.	Besteht eine Behinderung mit Feststellung durch das zuständige Versorgungsamt? Ggf. GdB: _____	☐	☐
26.	Wurden in den letzten drei Jahren bei Ihnen Tauglichkeits- oder Einstellungsuntersuchungen durchgeführt?	☐	☐
27.	Wurden Sie im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung behandelt?	☐	☐
28.	Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt? Wenn ja, welche und wann: _____ _____	☐	☐
29.	Hatten Sie stationäre Krankenhausaufenthalte/Kuren? Wenn ja, weshalb und wann: _____ _____	☐	☐
30.	Besitzen Sie einen Röntgenpass?	☐	☐
31.	Wann erfolgte die letzte Röntgenaufnahme der Lunge?	☐	☐
32.	Sonstige Röntgenaufnahmen?	☐	☐
33.	Wurden Sie bereits früher vom Personalärztlichen oder Arbeitsmedizinischen Dienst der Freien und Hansestadt Hamburg untersucht?	☐	☐

Sie werden darauf hingewiesen, dass eine richtige medizinische Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes nur möglich ist, wenn Sie alle Angaben vollständig darlegen. Sollten Fragen bei der Beantwortung auftreten, kann eine weitere Klärung im Untersuchungsgespräch selbst erfolgen.

Bewusst fehlerhafte Angaben, die den Gesundheitszustand betreffen, oder bewusst verschwiegene gesundheitliche Beeinträchtigungen können zu einer Rücknahme der Ernennung bzw. zu arbeitsrechtlichen Konsequenzen führen.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

**Personalamt
Referat Personalärztliche Begutachtung**

VERTRAULICH ! PERSONALSACHE !

Personalärztliche Begutachtung

**Einverständniserklärung
des gesetzlichen Vertreters / der gesetzlichen Vertreterin
zur personalärztlichen
Untersuchung eines minderjährigen Kindes**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind

Vor- und Nachname: _____ Geb.datum: _____

Anschrift: _____

im Rahmen der personalärztlichen Begutachtung ärztlich untersucht wird.

_____, _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift gesetzlicher Vertreter*in)

Aufklärungsbogen zur Ergometrie

Sehr geehrte Frau/sehr geehrter Herr _____ ,

im Rahmen Ihrer arbeitsmedizinischen Vorsorge bzw. einer Eignungsbeurteilung soll eine Belastungsuntersuchung mit Belastungs-EKG durchgeführt werden.

Gerne wollen wir Sie über die Untersuchung informieren und Ihre Fragen beantworten. Die Ärztin oder der Arzt, die bzw. der Sie während der Untersuchung betreuen wird, steht Ihnen selbstverständlich für weitere Fragen zur Verfügung.

Warum wird das Belastungs-EKG gemacht?

Bei dem Belastungs-EKG wird unter definierten und standardisierten Bedingungen Ihr Herzkreislaufsystem belastet. Was wollen wir dabei erkennen?

Einerseits kann man im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge und gesundheitlichen Prävention Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (z. B. Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen oder auch die Wahrscheinlichkeit, einen Herzinfarkt zu erleiden) früher erkennen.

Andererseits kann man damit Ihre Leistungsfähigkeit seitens des Herz-Kreislaufsystems beurteilen (Leistungsphysiologie), um insbesondere auch Ihre persönliche Leistungsfähigkeit für höhere Belastungen bei Ihrer Tätigkeit zu bestimmen.

Die im Rahmen der Untersuchung erzielte maximale Leistung ist ein Maßstab für Ihre körperliche Leistungsfähigkeit. Sie gibt außerdem Hinweise darauf, ob bei Ihnen möglicherweise ein erhöhtes Risiko für das Entstehen einer Herz-Kreislauferkrankung gegeben ist.

Wie läuft die Untersuchung ab?

Zunächst wird der Arzt oder die Ärztin ein vorbereitendes Gespräch mit Ihnen führen, hierbei werden Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte, aktuellen Beschwerden und zu den von Ihnen eingenommenen Medikamenten gestellt. Diese müssen vollständig beantwortet werden, um Risiken für die Durchführung der Untersuchung schon vorher erkennen und bewerten zu können. Natürlich können auch Sie gerne Ihre Fragen stellen. Es folgt eine körperliche Untersuchung, sowie die Messung des Blutdruckes und ein Ruhe-EKG im Liegen.

Wenn sich daraus keine Hinderungsgründe ergeben haben, kann mit dem Belastungs-EKG begonnen werden, welches in der Regel auf einem Fahrrad-Ergometer (Fahrradergometrie) durchgeführt wird. Auf dem Ergometer sitzend werden Sie in definierten Zeitintervallen stufenweise einer ansteigenden Belastung ausgesetzt. Hierbei wird Ihr Blutdruck regelmäßig kontrolliert und Ihr EKG kontinuierlich aufgezeichnet. Während des gesamten Untersuchungsvorganges werden Sie von einem fachkundigen Personal einschließlich einer Ärztin/einem Arzt begleitet.

Wie kann ich mich auf die Untersuchung vorbereiten?

Sie sollten an diesem Tag gut ausgeschlafen, erholt von körperlichen Anstrengungen und frei von Infekten (z. B. grippalen Beschwerden) zur Untersuchung kommen. Die Untersuchung wird in leichter Sportkleidung durchgeführt, auch ein Handtuch und ein kohlenstoffsaurefreies Getränk für danach sollten Sie mitbringen.

Sie sollten vor der Untersuchung der Tageszeit entsprechend normal, aber nicht übermäßig, gegessen sowie ausreichend getrunken und (sofern vorhanden) Ihre Medikation wie ärztlich verordnet eingenommen haben. Verzichten Sie auf Nikotin- und übermäßigen Koffeingenuss. Stellen Sie dem Arzt/ der Ärztin Ihre noch verbliebenen Fragen, aber beantworten bitte auch Sie die an Sie gerichteten Fragen korrekt und umfassend.

Auf was muss ich selbst während der Untersuchung achten?

Zunächst gehen wir davon aus, dass Sie nach der ärztlichen Eingangs-Beurteilung in der Lage sind, die Untersuchung zu absolvieren. Wenn aber während der Untersuchung folgende Veränderungen auftreten, informieren Sie bitte unverzüglich das medizinische Fachpersonal:

- Schmerzen im Brustkorb, ggf. ausstrahlend in den Rücken, linker Arm
- Druckgefühl über dem Brustkorb
- Herzrasen
- Luftnot
- Schwindel
- körperliche Erschöpfung
- körperliche Missempfindungen

Ist die Untersuchung gefährlich für mich?

Ziel der Untersuchung ist es, Ihr persönliches Risiko für das Entstehen einer akuten Veränderung Ihrer Herz-Kreislauf-Funktion aufgrund Ihrer Tätigkeit am Arbeitsplatz zu erkennen.

Da die Untersuchung die zu erwartenden tätigkeitsbedingten körperlichen Belastungen abbilden soll, kann in sehr seltenen Fällen unter dieser Belastung in der ärztlichen Praxis zum Zeitpunkt der Untersuchung eine noch unentdeckte Erkrankung akut erkennbar werden.

Daher werden Sie während der Belastung von speziell ausgebildetem Personal und einem Arzt bzw. einer Ärztin betreut und überwacht. Bei Hinweisen auf eine auftretende Risikoerhöhung im Verlauf der Untersuchung(z. B. EKG-Veränderungen, Besonderheiten des Puls- oder Blutdruck-Verhaltens) wird die Untersuchung ggf. abgebrochen.

Sie können das Risiko selbst minimieren, indem Sie bereits im Vorfeld korrekte Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand und zu einer eventuellen Medikation machen, sich richtig vorbereiten, Ihre Fragen stellen und insbesondere bei körperlichen Problemen unverzüglich das anwesende Fachpersonal informieren. Es wird dann sofort über den weiteren Fortgang der Untersuchung entschieden.

In jedem Fall wird das Ergebnis der Untersuchung, auch bei Abbruch, mit Ihnen ausführlich besprochen, und ggf. weitere notwendige Untersuchungen angeraten.

Ich habe diesen Aufklärungsbogen gelesen und verstanden.

Ich habe folgende Fragen:

1. _____
2. _____
3. _____

Ich bin mit der Durchführung eines Belastungs-EKGs einverstanden.

- ☐ ja
- ☐ nein

Ort, Datum

Unterschrift des Probanden/der Probandin

Unterschrift des aufklärenden Arztes bzw. der aufklärenden Ärztin