Bitte beachten Sie folgende Angaben:

1. Zahnärztliche Bescheinigung und Merkblatt für Ihren Zahnarzt

Diese Bescheinigung muss von Ihrem Zahnarzt ausgefüllt und **von Ihnen an den Personalärztlichen Dienst übergeben werden**.

2. Fünfjahres-Bescheinigung

Diese Bescheinigung ist von Ihrem Hausarzt auszufüllen und ebenfalls **zum PÄD-Termin mitzubringen**. Waren Sie innerhalb der letzten fünf Jahre nicht bei einem Hausarzt, unterschreiben Sie die Bescheinigung unausgefüllt als eidesstattliche Erklärung.

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**. Trifft dies nicht auf Sie zu, bringen Sie den unausgefüllten Bogen zu Ihrem vereinbarten PÄD-Termin 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**. Sind Ihre Augen nicht per Laserkorrektur behandelt worden, ist auch dieser Antrag unausgefüllt zum Untersuchungstermin mitzubringen.

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 den
Personalärztlichen Dienst

Alter Steinweg 4
20459 Hamburg

Zahnärztliche Bescheinigung

Über:_____, geb.:_____,
Strasse:_____PLZ:_____

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

(Ort, Datum) (Unterschrift und Stempel des Zahnarztes)

Zu Händen des beurteilenden/behandelnden Zahnarztes !

[Auszug aus der amtlichen Eignungsvorschrift, Ausgabe 1998]

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 abnehmbaren 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 Kau- und Abbeißfähigkeit noch das Aussehen 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.
Frontzahnlücken sind in jedem Fall zu schließen.

Einzelne Lücken im Seitenzahngebiet brauchen bei jugendlichen Bewerbern nicht geschlossen zu 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 bereits eines Kiefers schließt die Tauglichkeit aus.

Abnehmbarer partieller Zahnersatz ist daher 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.

Behörde für Inneres und Sport
Feuerwehr
PAZ
Westphalensweg 1
20099 Hamburg

Merkblatt "Zahngesundheit" für Bewerber/innen der Feuerwehr Hamburg

Sehr geehrte Bewerberin, Sehr geehrter Bewerber,

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

Dieser Nachweis ist von Ihnen zu führen: Sie bringen eine Bestätigung des Zahnarztes Ihrer Wahl bei, aus dem 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 dem Personalärztlichen Dienst Hamburg (PÄD),
(nicht an das PAZ). 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 dem PÄD zusenden.

In jedem Fall darf der PÄD das Gesamt-Zeugnis über Ihre gesundheitliche Eignung erst nach Erhalt des Zahn-Attestes herausgeben. Sie blockieren also selbst den Fortgang Ihres Bewerbungsverfahrens und damit Ihren Einstellungstermin, wenn Sie sich mit dem Zahnattest Zeit lassen!

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

Besondere Rückfragen zum Zahnarzt-Verfahren richten Sie bitte an den PÄD, am einfachsten an Ihrem dortigen Untersuchungstag, sonst telefonisch (040 - 4 28 41 - 30 60) oder per E-Mail (PAED@personalamt.hamburg.de).

Ihr PAZ der Feuerwehr Hamburg Stand: 22.07.21

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.Dat. _____

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 aufführen):

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.

_____

Datum, Unterschrift, Stempel

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

Feuerwehr
Hamburg

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

Name:_____, geb. am: _____

ausgewiesen durch: _____

wohnhaft: _____

_____

Untersuchungsbefund vom:

1. Zentrale Sehschärfe (in Dezimalzahlen)

ohne Glas	rechts		
	links		

(Glasstärke)

mit Glas	rechts		
	links		

mit Glas	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 Augenarztes)

Feuerwehr
Hamburg

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 operierender Augenarzt !)

Nach DIN 58 220 (Landoltringe)

* Sehschärfe für die Ferne ohne Korrektur re.: li:

  ggf. mit Korrektur re.: li.:
* *Augenhintergrund/Netzhaut:*
* Hinweise für eine Ausdünnung der Netzhaut sind vorhanden - nicht vorhanden

  (nicht zutreffendes bitte streichen)

---

* *Augeninnendruck* re:.....mmHg li:.....mmHg
* Lichtsinn (bitte auch Methode mit Referenzwerten angeben): _____

  Umfeldleuchtdichte:0,032 cd/m^2 (Dämmerungssehen) *Kontrast 1:* _____

  0,100 cd/m^2 (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, Stempel

Personalärztlicher Dienst

Name:_____, geb.:_____

Sehr geehrter Herr/Frau_____,

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 beim Personalärztlichen Dienst.

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?	☐	☐

		ja	nein
6.	Neigung zu Erkältungskrankheiten, Bronchitis, Rachen- und Mandelentzündungen, länger anhaltende Heiserkeit?	☐	☐
7.	Lungenerkrankungen, Tuberkulose?	☐	☐
8.	Bronchialasthma?	☐	☐
9.	Heuschnupfen?	☐	☐

		ja	nein
10.	Magen-/Darmerkrankungen (z.B. Entzündungen, Geschwüre)?	☐	☐
11.	Erkrankungen der Leber, Gelbsucht?	☐	☐
12.	Krankheiten der Gallenblase, Bauchspeicheldrüse?	☐	☐

		ja	nein
13.	Erkrankungen der Nieren oder Harnblase?	☐	☐
14.	Zuckerkrankheit?	☐	☐
15.	Störungen der Schilddrüsenfunktion?	☐	☐

		ja	nein
16.	Hautkrankheiten?	☐	☐
17.	Allergien?	☐	☐

		ja	nein
18.	Erkrankungen der Augen/Fehlsichtigkeit?	☐	☐
19.	Erkrankungen der Ohren (z.B. Trommelfelloperationen, Hörsturz, Ohrgeräusch) / Hörminderung sonstiger Ursache?	☐	☐

Name:_____, geb.:_____

		ja	nein
20.	Vergiftungen?	☐	☐

		ja	nein
21.	Hatten Sie Schwindelanfälle, leiden Sie häufig an Kopfschmerzen, Migräne?	☐	☐
22.	Bewusstlosigkeiten, Krampfanfälle, andere neurologisch-psychiatrische Erkrankungen?	☐	☐

		ja	nein
23.	Rheuma oder Gelenk-, Wirbelsäulenbeschwerden, Knochenbrüche oder Unfälle?	☐	☐

		ja	nein
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:	☐	☐

		ja	nein
29.	Hatten Sie stationäre Krankenhausaufenthalte/Kuren? Wenn ja, weshalb und wann:	☐	☐

		ja	nein
30.	Besitzen Sie einen Röntgenpass?	☐	☐
31.	Wann erfolgte die letzte Röntgenaufnahme der Lunge?		
32.	Sonstige Röntgenaufnahmen?		

		ja	nein
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

Personalärztlicher Dienst

Informationen

über den Ablauf der Personalärztlichen Eignungs-untersuchung für den Feuerwehreinsatzdienst

Folgende Einzeluntersuchungen werden bei Ihnen standardmäßig durchgeführt:

Urinuntersuchung	Am Tage der Untersuchung muss etwas mehr als gewöhnlich Urin abgegeben werden. Sie können sich nach Eintreffen beim Personalärztlichen Dienst im „Notfall“ sofort zur Urinabgabe im Labor melden. (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.
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	
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.

Personalärztlicher Dienst

VERTRAULICH ! PERSONALSACHE !

Personalärztlichen Dienst

Einverständniserklärung des gesetzlichen Vertreters zur personalärztlichen Untersuchung eines Minderjährigen Kindes

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind

Vor- und Nachname: Geb. Dat.:

Adresse:

Im Rahmen einer personalärztlichen Untersuchung behandelt wird.

(Ort, Datum) (Unterschrift) gesetzl. Vertreter*in