

Bitte beachten Sie folgende Angaben:

1. Zahnärztliche Bescheinigung und Merkblatt für Ihre/n Zahnärztin/ Zahnarzt
Diese Bescheinigung muss von Ihrer/Ihrem Zahnärztin/ Zahnarzt ausgefüllt und **von Ihnen an die Personalärztliche Begutachtung (Abteilung für Arbeitsmedizin und Personalärztliche Begutachtung der FHH) übergeben werden.**

2. Fünfjahres-Bescheinigung

Diese Bescheinigung ist von Ihrer/Ihrem Hausärztin/Hausarzt auszufüllen und ebenfalls **zum Begutachtungstermin mitzubringen.** Waren Sie innerhalb der letzten fünf Jahre nicht bei einer/einem Hausärztin/Hausarzt, unterschreiben Sie die Bescheinigung unausgefüllt als eidesstattliche Erklärung.

3. Augenuntersuchung

Sollten Sie Brillen-, Kontaktlinsenträger:in oder in sonst einer Form in Ihrer Sehkraft beeinträchtigt sein, lassen Sie diesen Antrag von Ihrer/Ihrem Augenärztin/ Augenarzt ausfüllen und **bringen Sie diesen dann zum Untersuchungstermin mit.** Trifft dies nicht auf Sie zu, bringen Sie den unausgefüllten Bogen zu Ihrem vereinbarten Termin in der personalärztlichen Begutachtung mit.

4. Laserkorrektur

Ist eine Sehbeeinträchtigung durch eine Laserkorrektur behoben worden, lassen Sie den dafür beiliegenden Antrag ebenfalls von Ihrer/ Ihrem Augenärztin/ 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 die
Personalärztliche Begutachtung
Abtlg. Arbeitsmedizin und Personalärztliche Begutachtung

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 der/des Zahnärztin/Zahnarztes)

Zu Händen der/ des beurteilenden/behandelnden Zahnärztin/ Zahnarzt!

[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 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 Kau- und Abbeiße Fähigkeit noch das Aussehen erheblich beeinträchtigt sein. Das Gebiß muß über eine genügende Abstützung im Seitenzahnggebiet 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 Seitenzahnggebiet 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 Ihrer Zahnärztin/ 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 Ihrer Zahnärztin/ Ihrem Zahnarzt ausfertigen lassen. Eine "Zwischenattestierung" ist nicht zulässig.

Das fertige Attest übergeben Sie der Personalärztlichen Begutachtung am Personalamt Hamburg, (nicht an das PAZ). Wünschenswert ist die 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 Personalärztliche Begutachtung 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 zahnärztlichen Verfahren richten Sie bitte an die Personalärztliche Begutachtung, 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: 25.11.2024

Bescheinigung über den Gesundheitszustand

Als Bewerber:in 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** Ärzt:innen, 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 Unterschriften der gesetzlich vertretenden Personen – 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 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.

Datum, Unterschrift, Stempel

Ärztliche 5-Jahres-Bescheinigung

Name _____ 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, deuteranomali, deuteranop, protanomali, 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 operierende:r Augenärztin/ 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/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, Stempel

Vorname: _____ **Nachname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Sehr geehrte:r Bewerber:in,
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten oder haben Sie folgende **Erkrankungen** oder **Beschwerden**:

		ja	nein
4.	Herz-/Kreislaufkrankungen (z.B. Gefäßerkrankung, Herzinfarkt, Herzklappenerkrankung), Thrombosen, Embolien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein
6.	Neigung zu Erkältungskrankheiten, Bronchitis, Rachen- und Mandelentzündungen, länger anhaltende Heiserkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Lungenerkrankungen, Tuberkulose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Bronchialasthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein
10.	Magen-/Darmerkrankungen (z.B. Entzündungen, Geschwüre)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Erkrankungen der Leber, Gelbsucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Krankheiten der Gallenblase, Bauchspeicheldrüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein
13.	Erkrankungen der Nieren oder Harnblase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Störungen der Schilddrüsenfunktion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein
16.	Hautkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein
18.	Erkrankungen der Augen/Fehlsichtigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Erkrankungen der Ohren (z.B. Trommelfelloperationen, Hörsturz, Ohrgeräusch) / Hörminderung sonstiger Ursache?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein
20.	Vergiftungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vorname: _____ **Nachname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

		ja	nein
21.	Hatten Sie Schwindelanfälle, leiden Sie häufig an Kopfschmerzen, Migräne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Bewusstlosigkeiten, Krampfanfälle, andere neurologisch-psychiatrische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein
23.	Rheuma oder Gelenk-, Wirbelsäulenbeschwerden, Knochenbrüche oder Unfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein
24.	Sonstige, hier nicht erwähnte Erkrankungen oder Gesundheitsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Fragen:

		ja	nein
25.	Besteht eine Behinderung mit Feststellung durch das zuständige Versorgungsamt? Ggf. GdB:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Wurden in den letzten drei Jahren bei Ihnen Tauglichkeits- oder Einstellungsuntersuchungen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Wurden Sie im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt? Wenn ja, welche und wann:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein
29.	Hatten Sie stationäre Krankenhausaufenthalte/Kuren? Wenn ja, weshalb und wann:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein
30.	Besitzen Sie einen Röntgenpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 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
-----------	--------------

Informationen

über den Ablauf der Personalärztlichen Eignungsuntersuchung für den Vollzugs-/Einsatzdienst

Folgende Einzeluntersuchungen werden bei Ihnen standardmäßig durchgeführt:

Urinuntersuchung	Am Tage der Untersuchung muss etwas mehr als gewöhnlich Urin abgegeben werden.
Ärztliche Untersuchung	Bitte bringen Sie im Falle von Gesundheitsstörungen oder Untersuchungen in der Vorgeschichte alle verfügbaren Arztberichte, Befunde und Röntgenbilder mit.
Blutentnahme für Laboruntersuchung	Bitte nehmen Sie am Untersuchungstag nur ein leichtes Frühstück zu sich ohne zuckerhaltige Nahrungsmittel (wie z.B. Obstsäfte, Limonade, Obst, Marmelade). Bringen Sie sich ein zweites Frühstück mit.
Herzfunktion (Ruhe-EKG)	Dieses – wie auch das Belastungs-EKG - muss mit freiem Oberkörper durchgeführt werden, um Aufzeichnungsfehler zu vermeiden.
Herzfunktion unter Belastung (Belastungs-EKG)	Es empfiehlt sich für das Belastungs-EKG festes Schuhwerk (z.B. Turnschuhe) und nicht zu enge Bekleidung mitzubringen. Es ist günstig zur Untersuchung ausreichend Flüssigkeit zu sich zu nehmen.
Sehtest	Sollten Sie <u>Kontaktlinsen</u> tragen, dürfen diese in den 24 Stunden vor der Untersuchung bis zum Sehtest nicht benutzt werden, um ein verwertbares Sehtestergebnis zu erzielen. Sollten Sie eine Sehhilfe haben, bringen Sie diese bitte unbedingt mit. Falls Sie ein augenärztliches Attest haben, bringen Sie auch dieses bitte mit.
Hörtest	Für mindestens 14 Stunden vor der Untersuchung sollte das Gehör keiner Lärmeinwirkung (> 80 dB) ausgesetzt gewesen sein. Dies ist auch bei der Nutzung von Kopfhörern (insbes. zum Musikhören, insbes. In-Ear Kopfhörer) zu beachten.
Lungenfunktionstest	

Folgende Untersuchungen können zusätzlich erforderlich werden:

Zusätzliche ärztliche Untersuchungen	Sollten sich nach Durchsicht der Unterlagen oder bei der Untersuchung spezielle Fragen auf orthopädischem, nervenärztlichem oder einem anderen Fachgebiet ergeben, werden ärztliche Zusatzbegutachtungen veranlasst, die z.T. nicht unmittelbar am Erstuntersuchungstag erfolgen können.
--------------------------------------	--

Die gesamte Untersuchung wird voraussichtlich zur Mittagszeit beendet

Vorname: _____ Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Die Einstellungsuntersuchung beinhaltet ggfs. auch die Ausstellung einer Bescheinigung nach Fahrerlaubnisverordnung. Diese enthält Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, die an die einstellende Dienststelle übertragen werden. Mit Ihrer Unterschrift entbinden Sie die durchführenden Gutachterinnen und Gutachter diesbzgl. von der ärztlichen Schweigepflicht und erlauben, dass diese Bescheinigung an die einstellende Dienststelle versandt wird.

Ort/Datum	Unterschrift
-----------	--------------

Personalärztliche Begutachtung Hamburg

VERTRAULICH ! PERSONALSACHE !

Personalärztliche Begutachtung

Alter Steinweg 4
20459 Hamburg

**Einverständniserklärung
der gesetzlich vertretenden Person 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