

# Ärztliche Bescheinigung über die Eignungsbeurteilung von Einsatzkräften der Freiwilligen Feuerwehr

Sachgebiet Feuerwehren und Hilfeleistungsorganisationen, Stand: 15.12.2025

Familienname: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Feuerwehr: .....

## 1. Eignungsbeurteilung (Zutreffendes ankreuzen)

Für Tätigkeiten unter Atemschutzgeräten der Gerätegruppe      1      2 oder      3

Für Tätigkeiten als Taucherin bzw. Taucher

Datum der Eignungsbeurteilung (Tag/Monat/Jahr):      |      |

Erste Eignungsbeurteilung      Erneute Eignungsbeurteilung

## Ergebnis der Eignungsbeurteilung:

Die oder der oben genannte Feuerwehrangehörige ist für die unter Nr. 1 gekennzeichnete Tätigkeit geeignet

nicht geeignet

geeignet unter folgenden Voraussetzungen (z. B. Bereitstellung geeigneter Maskenbrille):

## 2. Arbeitsmedizinische Vorsorge

Arbeitsmedizinische Vorsorge wegen der unter Nr. 1 aufgeführten Tätigkeit wurde gemeinsam mit der Eignungsbeurteilung gemäß § 7 (1) DGUV Vorschrift 49 „Feuerwehren“ durchgeführt.

## 3. Zeitpunkt der nächsten Eignungsbeurteilung spätestens (Tag/Monat/Jahr):      |      |

Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin/des Arztes