

Vorscreening für den AKL-Test



Name:

Vorname:

Geb. Datum:

BMI (Soll: < 32)	
Größe (cm)	
Gewicht (kg)	
Ruheherzfrequenz (Soll: < 100 Schläge/min)	
Blutdruck (Soll: < 160/90 mmHg)	
Rauchen (Stk/Tag, Raucherjahre)	

Derzeitige Beschwerden:

☐ Keine

Die Funktion als Atemschutzträger beeinflussende Erkrankungen:

☐ Keine ☐ Diabetes mellitus ☐ Epilepsie ☐ Alkohol- Drogensucht

☐ Psychopharmaka

☐ Freie Beweglichkeit der Extremitäten Piercing ja nein

☐ Ausreichendes Hörvermögen ☐ Visus binokular > 0,75

Kann Atemmaske dicht tragen Ja ☐ Nein ☐

Einwand gegen eine Atemschutzträgerauglichkeit oder AKL Test:

☐ Kein Einwand

KameradInnen mit Piercing müssen im Einsatz das Piercing entfernen.

Datum der Untersuchung:

Unterschrift Arzt/in