



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:	<input type="checkbox"/> Keine		
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
Die Funktion als Atemschutzträger beeinflussende Erkrankungen:			
<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Alkohol - Drogensucht
<input type="checkbox"/> Psychopharmaka			
<input type="checkbox"/> Freie Beweglichkeit der Extremitäten	Piercing ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Ausreichendes Hörvermögen - Hörgeräte dürfen im Einsatz nicht getragen werden			
<input type="checkbox"/> Visus binokular > 0,75			
Kann Atemmaske dicht tragen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			

Einwand gegen eine Atemschutzträgerauglichkeit oder AKL Test:
<input type="checkbox"/> Kein Einwand
KameradInnen mit Piercing müssen im Einsatz das Piercing entfernen.

Datum der Untersuchung:	Unterschrift Arzt/in:
-------------------------	-----------------------