



Personenangaben

Familienname		Vornamen		Personenkennziffer	
Anschrift		Postleitzahl	Ort	Beruf	
Identität <input type="checkbox"/> person bekannt <input type="checkbox"/> Vorlage des Personalausweises <input type="checkbox"/> nicht identifiziert		Einschätzung des Wehrdienstpflichtigen über seinen derzeitigen Gesundheitszustand <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Schlecht		Häufige oder regelmäßige Einnahme von Medikamenten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____	
Gegenstand der ärztlichen Untersuchung		Befund		Beeinträchtigt die Wehrdiensttauglichkeit/ Wehrdienstssicherheit	
		Normal	Abweichend	Ja	Nein
1. Gesamteindruck					
2. Körperbau					
3. Muskulatur					
4. Psyche					
5. Nervensystem					
6. Herz- und Kreislauforgane					
7. Lungen					
8. Mund, Nase, Rachen					
9. Zähne					
10. Trommelfell					
11. Hörvermögen					
12. Magen					
13. Farbensinn: Prüfverfahren?					
14. Haut					
15. Obere Gliedmaßen					
16. Untere Gliedmaßen: Knie, Knöchel					
17. Rücken					
18. Weitere Befunde, welche?					
19. Körpergewicht kg, Größe cm, BMI					
20. Blutdruck / mm Hg					
Sonstige wehrdienstrelevante Faktoren		Ja	Nein	Ja	Nein
21. Probleme des Bewegungsapparates					
22. Wehrdienstrelevante Medikamente					
23. Sonstige wehrdienstrelevante Faktoren, welche?					
24. Eingeschränkte Teilnahme an Bewegung und Sport?					
25. Allergien					
Punkt	Art der Krankheit, Beginn, Behandlung, Krankenhaus oder Arzt, Wiederauftreten der Krankheit und sonstige Folgeerscheinungen				Sonstige Befunde <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unterschrift		Ort und Datum		Unterschrift	

Angaben des Arztes über den Wehrdienstpflichtigen

Der Gesundheitszustand des Wehrdienstpflichtigen ist mir nicht bekannt Der Gesundheitszustand des Wehrdienstpflichtigen ist mir bekannt.

Ich habe den Gesundheitszustand des Wehrdienstpflichtigen verfolgt
 1) persönlich seit _____ (Jahr)
 2) aus der Patientenakte seit _____ (Jahr)

Punkt Sonstige Befunde (u. a. Laboruntersuchungen, Audiometrische Untersuchungen), siehe Anlage

Sehvermögen ohne Brille r/l
 Sehvermögen mit Brille r/l

Rechtes Auge sf D | cyl D | ax °
 Linkes Auge sf D | cyl D | ax °

Sonstige Befunde
 Weitere Angaben in Anlage _____
 Anzahl der Anlagen _____

Beurteilung der Wehrdiensttauglichkeit

tauglich eingeschränkt tauglich (siehe obige Angaben) nicht wehrdiensttauglich (siehe obige Angaben)

1. Ärztliche Stellungnahme (Voruntersuchung) Ich stufe den Wehrdienstpflichtigen gemäß TTO (Bestimmungen über musterungsärztliche Untersuchungen) in die folgende Tauglichkeitsklasse ein <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E _____ Jahr/e	ICD-Diagnosencode(s)	2. Ärztliche Stellungnahme (Musterung) Ich stufe den Wehrdienstpflichtigen gemäß TTO (Bestimmungen über musterungsärztliche Untersuchungen) in die folgende Tauglichkeitsklasse ein <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E _____ Jahr/e	ICD-Diagnosencode(s)
Sonstige Bemerkungen (u. a. sonstige mögliche Einschränkungen der Wehrdiensttauglichkeit)		Sonstige Bemerkungen (u. a. sonstige mögliche Einschränkungen der Wehrdiensttauglichkeit)	
Datum und Unterschrift des Arztes		Datum und Unterschrift des Arztes	
Name in Druckbuchstaben, Stempel Amtsstellung, Einrichtung/Dienstleister		Name in Druckbuchstaben, Stempel Amtsstellung, Einrichtung/Dienstleister	

Beschluss des Regionalbüros/des Musterungsausschusses über die Wehrdiensttauglichkeit

Datum	Regionalbüro/Musterungsausschusses	Tauglichkeitsklasse
Titel/Dienstgrad des Beschlussfassers, Name und Amtsstellung		