



Personenangaben

Familiennamen		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/ Wehrdienstsicherheit			
		Normal	Abweichend	Ja	Nein		
1. Gesamteindruck				Angaben des Arztes über den Wehrdienstpflichtigen <input type="checkbox"/> Der Gesundheitszustand des Wehrdienstpflichtigen ist mir nicht bekannt <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Weitere Angaben in Anlage _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl der Anlagen _____			
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"/> Weitere Angaben in Anlage _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl der Anlagen _____			
Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben	Ort und Datum		Unterschrift				

Beurteilung der Wehrdiensttauglichkeit

<input type="checkbox"/> tauglich <input type="checkbox"/> eingeschränkt tauglich (siehe obige Angaben) <input type="checkbox"/> 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		