

An die Bewerber werden bei der Einstellung **erhöhte** gesundheitliche Anforderungen gestellt.

Genauere Informationen sind auch in der Feuerwehrdienstvorschrift FwDV 300 HH nachzulesen.

Gesundheitliche Anforderungen:

- kein Übergewicht (BMI über 27,5 kg/m²) bzw. Untergewicht (BMI unter 18 kg/m²).
Body-Maß-Index (BMI): Körpergewicht (kg):Körpergröße (m²)
- keine Funktionsbehinderungen oder Bewegungseinschränkungen, die das Laufen, Stehen, Sitzen oder Schreiben beeinflussen · ausreichendes Sehvermögen auch ohne Sehhilfe (Brille) (Träger einer Sehhilfe erhalten vom Personalamt ein entsprechendes Informationsblatt)
- gutes Farbunterscheidungsvermögen und räumliches Sehen
- leistungsfähiges Herz-Kreislaufsystem (da die Anforderungen an die Ausdauerleistungsfähigkeit besonders hoch sind, wird jeder Bewerberin/jedem Bewerber ausdrücklich empfohlen, sich mit Hilfe eines regelmäßigen Ausdauertrainings auf den Kreislauffunktionstest vorzubereiten)
- saniertes, kariesfreies Gebiss. Kein herausnehmbarer Zahnersatz (Teil- oder Totalprothesen). Abgeschlossene kieferorthopädische Behandlung
- das Hormonsystem muss intakt sein

Ausschlussgründe (siehe auch FwDV 300):

- Augenlaseroperationen in den letzten 12 Monaten und Tragen von Kontaktlinsen ·
- Allergien mit erforderlicher Dauermedikation
- Allergisches oder Anstrengungs-Asthma, hyperreagibles Bronchialsystem
- Bandscheibenvorfall oder Wirbelgleiten (Spondylolisthese), deutliche Skoliose
- Zustand nach Bandscheibenoperation
- Psychosomatische Störungen (z.B. Anorexia nervosa)
- Chronische Darmerkrankungen (Morbus Crohn/Colitis ulcerosa) oder Neigung zu Durchfällen
- Rezidivierende Hautveränderungen (Neurodermitis/Psoriasis)
- Bewegungseinschränkungen und/oder arthrotische Veränderung an bestimmten Gelenken
- Kreuzbandschäden der Kniegelenke oder operierte Meniskusschäden
- Herzklappenfehler oder Loch in der Herzscheidewand sowie Zustand nach Herzoperation
- Herz-Kreislaufferkrankungen (z.B. Bluthochdruck)
- Zustand nach Spontan-Pneumothorax (Lungenriss)
- Erhöhte cerebrale Krampfbereitschaft oder Epilepsie
- Psychiatrische Erkrankungen
- Selbsttötungsversuche
- zur Zeit laufende psychotherapeutische Behandlungen (bei bereits abgeschlossenen Therapiemaßnahmen sind entsprechende fachärztliche Befundberichte vorzulegen)
- Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes mellitus oder Schilddrüsenfunktionsstörungen)
- Leberfunktionsstörungen oder chronisch infektiös bedingte Lebererkrankungen
- Erkrankung der Bauchspeicheldrüse, Nierenfunktionsstörungen
- Blutgerinnungs- und/oder Hormonstörungen
- Autoimmunerkrankungen (z.B. Rheuma, Kollagenosen, Multiple Sklerose)
- Gleichgewichtstörungen oder Meniere'sche Erkrankung`

- Störung des Gehörs (z.B. Tinnitus, abgelaufener Hörsturz oder Loch im Trommelfell)
- Fehlen des Geruchssinn
- Zustand nach Operation der Krampfadern der Beine, venöse oder arterielle Durchblutungsstörungen, Thrombosen
- Vollprothese oder herausnehmbare Zahnprothese
- Zuerkennung eines Grades der Behinderung (GdB)
- Suchterkrankung, auch nach Behandlung

Kosten für Atteste oder Bescheinigungen werden von der Stadt Halle nicht übernommen!

Wir empfehlen zur Vorbereitung auf die Untersuchung als auch auf die Ausbildung regelmäßigen Ausdauersport!

Hinweis für die Bewerberin / den Bewerber

Falls Sie wegen Sehstörungen bereits augenärztlich untersucht bzw. behandelt wurden oder solches geplant ist, bitten wir Sie, den beiliegenden Vordruck von einer Augenärztin oder einem Augenarzt auf eigene Kosten ausfüllen zu lassen.
Dies gilt vor allem, wenn Sie Brillenträger/-in sind.

Sollten Sie diese Mindestanforderungen nicht erfüllen, erübrigt sich eine Bewerbung. Andernfalls bitten wir Sie, den augenärztlichen Befundbericht Ihrer Bewerbung beizufügen.

Hinweis für die Augenärztin / den Augenarzt

Nachstehend die wichtigsten Beurteilungskriterien seitens des Sehorganes für Bewerber / innen für den Feuerwehrdienst (**Mindestanforderungen !**)

Bewerberinnen/Bewerber sind bei folgenden Befunden nicht geeignet

- Visus ohne Korrektur:** Unter 0,3 ein- oder beidseitig. Bei Myopen vor dem 20. Lebensjahr unter 0,5 ein- oder beidseitig. (**Sehschärfe für die Ferne nach DIN 58 220**)
- Visus mit Korrektur:** Unter 1,0 auf dem besseren und unter 0,8 auf dem schwächeren Auge.
- Bei Hyperopen:** Hyperopie in Cycloplegie über +2,5 dpt. auf einem Auge.
- Farbuntüchtigkeit**
- Fehlende oder gestörte räumliche Sehleistung** mit einem Bildpunktverschiebungswinkel von mehr als 100 Winkelsekunden.
- Augenveränderungen**, die aus ärztlicher Sicht das Benutzen von Haftschalen unverzichtbar machen.
- Dämmerungssehschärfe** > 1:2,7 (Umfeldlichtdichte 0,032 cd/m²)
- Blendungsempfindlichkeit** > 1:2,7 (Umfeld 0,1 cd/m²)
- Wir bitten die Augenärztin / den Augenarzt, alle anderen funktionellen oder organischen Abweichungen des Sehorgans zu vermerken**

Achtung!

**Bitte nur ausfüllen wenn Sie Brillenträger(in), Kontaktlinsenträger(in) sind.
Augenärztlicher Befundbericht**

Für Frau / Herrn _____

geb.:

ausgewiesen durch:

1. Sehschärfe für die Ferne gemessen nach DIN 58 220 (mit Landoltringen !):

ohne Glas: nach Korrektur mit Glas:

rechts _____ rechts _____ Dioptr. _____

links _____ links _____ Dioptr. _____

2. Sehschärfe für die Nähe:

ohne Glas: nach Korrektur mit Glas:

rechts _____ rechts _____ Dioptr. _____

links _____ links _____ Dioptr. _____

bei Hyperopie Untersuchung in Cycloplegie: rechts _____ Dioptr.

links _____ Dioptr. _____

3. Farbensinn: geprüft nach Ishihara und / oder Velhagen:

Ergebnis: (Zutreffendes bitte ankreuzen) und **das Protokoll des Testes bitte beifügen!**

farbentüchtig **farbenuntüchtig**

werden mehr als 2 Farbtafeln nicht richtig erkannt, bitte Anomalquotienten bestimmen!

Anomalquotient mit Angabe der Methode: _____

Diagnose: _____

4. Lichtsinn (bitte auch Methode mit Referenzwerten angeben): _____

Umfeldleuchtdichte: 0,032 cd/m² (Dämmerungssehen) Kontrast: 1: _____

0,100 cd/m² (Blendungsempfindlichkeit) Kontrast: 1: _____

5. Räumliches Sehen geprüft nach Titmus-Test

Nach den Empfehlungen der DOG (Messung bis unter 100 Winkelsekunden)

Winkelsekunden: _____

6. Gesichtsfeld (Methode mit Referenzwerten): _____

7. Wurde eine Laserkorrektur durchgeführt, wenn ja, wann? _____

8. Sonstige Befunde:

9. Diagnose:

Ort, Datum Stempel, Unterschrift

Kosten für anfallende Untersuchungen und Gutachten können von der Stadt Halle nicht übernommen werden !