



FRAGEBOGEN FORSTDIENSTTAUGLICHKEIT – Anlage 2

Besondere Anforderungen an die Tauglichkeit bei Eintritt in den Forstdienst

Familienname:	ggf. Geburtsname:	Vorname:	geboren am:
Anschrift (Straße/Hausnummer/PLZ/Ort):			

1. Sind in Ihrer Familie Augenkrankheiten bekannt? (z.B. Grüner Star, Netzhautablösung, Erblindung)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?		
2. Haben Sie selbst eine Augenkrankheit, -verletzung oder -operation durchgemacht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	In welchem Alter?	
3. Tragen Sie (auch nur gelegentlich) Kontaktlinsen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. Haben Sie als Kind geschielt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5. Musste ein Auge vorübergehend zugeklebt werden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6. Können Sie Hinweisschilder auch aus der Ferne erkennen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7. Können Sie kleingedruckte Schrift lesen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8. Leiden Sie öfter unter Kopf- oder Augenschmerzen nach der Bildschirmarbeit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9. Sind Sie nachtblind?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10. Bei welchen Situationen fühlen Sie sich stark geblendet?		
a. Fahrt mit vereister Windschutzscheibe gegen die Sonne	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b. Gegenverkehrt mit Fernlicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
c. Eintritt aus dem Dunkeln in ein hell beleuchtetes Zimmer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
d. Vorträge mit Overheadfolien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11. Sind Sie wegen einer Herzerkrankung oder wegen Durchblutungsstörungen in ärztlicher Behandlung (gewesen)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
12. Sind Sie schon mehrfach an Blasen- oder Harnwegsentzündungen erkrankt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13. Leiden Sie unter Gleichgewichtsstörungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Die oben gestellten Fragen wurden von mir wahrheitsgemäß beantwortet.

Ort, Datum

Unterschrift des zu Begutachtenden bzw.
Unterschrift des Sorgeberechtigten/Betreuers