

Beilage „B 5“ zum
Erlass für die körperliche Eignung

**„INFORMATION sowie BESTÄTIGUNGEN für
Ergometrie, Schwangerschaft und Sehbehelfe“**

Information über die Ergometrie

Die Ergometrie ermöglicht es, den funktionellen Gesundheitszustand von Lunge und Herz/Kreislauf festzustellen und Krankheitssymptome zu erkennen, die bei körperlicher Arbeit auftreten.

Die Belastung am Ergometer steigt kontinuierlich an. Melden Sie sofort alle Auffälligkeiten, wie zum Beispiel Schmerzen, Schwindelgefühl oder Atemnot.

- Bitte vermeiden Sie am Tag vor der Untersuchung extreme körperliche Anstrengung und achten Sie auf ausreichend Nachtruhe.
- Es können bis zu 2 Stunden vor der Ergometrie leichte Speisen eingenommen werden.
- Sie sollten keinen Kaffee, Tee oder Alkohol trinken und nicht rauchen.
- Bitte nehmen Sie angenehme Kleidung, am besten Sportbekleidung, flache Sportschuhe und ein Handtuch zur Untersuchung mit.

Wenn Sie **MEDIKAMENTE** einnehmen, müssen Sie dies unbedingt bei der Untersuchung vor der Ergometrie dem Arzt mitteilen. Eine Medikamenteneinnahme darf nur in Absprache mit dem Arzt erfolgen.

Sollten Sie am Untersuchungstag **Beschwerden** haben, müssen Sie dies ebenfalls unbedingt dem Arzt mitteilen.

Eine **Schwangerschaft** ist ein vorübergehender Ausschlussgrund für eine Ergometrie, da sowohl die Gesundheit des Fötus als auch der Mutter gefährdet werden kann. Sollten Sie am Untersuchungstag **schwanger** sein, müssen Sie dies unbedingt dem Arzt mitteilen.

Für durch unvollständige oder falsche Angaben entstehende Gesundheitsfolgen kann keine Haftung übernommen werden

Bestätigung vor der Ergometrie
sowie Schwangerschaft und Sehbehelfe

Ich bestätige, dass ich derzeit an keinerlei Erkrankung leide (auch an keiner Verkühlung) und keine Medikamente einnehme.

Die Information zur Ergometrie habe ich verstanden und die darin enthaltenen Anweisungen beachtet.

Ich bin derzeit nicht schwanger.

Ich bestätige, dass ich bei der im Zuge der ärztlichen Untersuchung stattfindenden Überprüfung der Sehleistung keinerlei Sehbehelfe (Kontaktlinsen, etc.) trage.

Ich nehme zur Kenntnis, dass für durch unvollständige oder falsche Angaben entstehende Gesundheitsfolgen keine Haftung übernommen werden kann

Ort, Datum

Unterschrift

(Diese Bestätigung ist zur ärztlichen Untersuchung unterfertigt mitzubringen).