

FRAGEBOGEN BEI DER AUFNAHME IN DIE FEUERWEHR

1. PERSONALIEN

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____
PLZ, Ort _____
Geburtsdatum: _____
Telefon: P: _____ G: _____
Natel: _____
e-mailadresse: _____
Zivilstand: _____
Anzahl Kinder (mit Alter): _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____ seit: _____
Arbeitsort: _____ seit: _____
Bank- oder Postkonto: _____
Zusatzausbildungen: _____
Fahrausweis (Kategorien): B B1 C C1 C1E D D1 D1E
 BE CE DE
Einteilung Militär / ZS: _____

2. ANFORDERUNGEN

- Sind Sie bereit pro Jahr mindestensAusbildungsübungen à.....Stunden zu besuchen?**
 ja nein
- Sind Sie bereit, sich an zusätzlichen Anlässen zu engagieren?**
 ja nein
- Sind Sie bereit, zur Ausbildung wichtige Kurse zu besuchen (ca. 2 Tage pro Jahr)?**
 ja nein
- Sind Sie bereit, Atemschutzdienst zu leisten (zusätzlich ca. 6 Übungen pro Jahr)?**
 ja nein

5. **Sind Sie noch in anderen Organisationen oder Vereinen tätig?**

.....

6. **Ist ihre Familie mit dieser zeitlichen Belastung einverstanden**

ja nein

7. **Ist ihr Arbeitgeber bereit, Sie für Kurse und Einsätze freizustellen (Abklärung getroffen)?**

ja nein

8. **Ist es Ihnen möglich, den Arbeitsplatz im Einsatzfall jederzeit und sofort zu verlassen?**

ja nein bedingt zu.....%

9. **Wie sind Sie an ihrem Arbeitsplatz erreichbar (ohne Ferien, Militär etc.)?**

weniger als 50% mehr als 50% mehr als 80%

10. **Bleibt ihr Arbeitsplatz (nach heutigem Wissensstand) langfristig am angegebenen Standort?**

ja nein

11. **Haben Sie die Absicht, nächstens ihren Arbeitsplatz zu verlegen**

ja nein wenn ja, wohin.....

12. **Bleiben Sie, nach heutiger Situation beurteilt, längere Zeit am jetzigen Wohnort?**

ja nein

13. **Haben Sie irgendwelche, für den Feuerwehrdienst relevante Leiden oder Gebrechen? (Schwindel, Höhen- oder Platzangst, Nachtblindheit etc.)**

ja nein wenn ja, welche.....

14. **Welche Spezialausbildung in der Feuerwehr würde Sie interessieren?**

(Mehrfachnennungen bitte nach Prioritäten (1./2./...) auführen)

<input type="checkbox"/> Atemschutz	<input type="checkbox"/> Chauffeur TLF
<input type="checkbox"/> Motorspritze	<input type="checkbox"/> Elektro
<input type="checkbox"/> Anhängeleiter	<input type="checkbox"/> Verkehrsdienst
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sanität

15. **Haben Sie schon Feuerwehrdienst geleistet?**

ja nein
wenn ja, wo..... von / bis.....

Ort und Datum:

Unterschrift

.....

.....