

**Anlage zur Bewerbung für die Berufsfeuerwehr Frankfurt am Main
- Gesundheitliche Daten -**

Name: Vorname:

Schwerbehinderung: ja, % nein

Brillenträger: ja ca. Dioptrien nein

Minderung der Sehleistung: ja nein

Wenn ja, folgende:
(z.B.: Kurzsichtigkeit, Farbsehschwäche...)

Augen-Operation: ja, am nein

Wenn ja, folgende:

Bestehen chronische Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, folgende:
(z.B.: Diabetes, Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankungen, Asthma...)

Werden regelmäßig Medikamente genommen? ja nein

Wenn ja, welche?

Wurden Operationen durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann und welche?

Ich habe diese Anlage zur Bewerbung vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt.

(Ort, Datum)

(Name)