Ergebnis der ärztlichen Untersuchung

Formularverteilung: 1x in die DRK-Personalakte, 1x verbleibt beim Helfenden, 1x verbleibt beim untersuchenden Arzt

**Personaldaten** (Bitte lesbar ausfüllen.)

Tag Monat Jahr

Geburtsdatum

Vorname

Familienname

Geburtsname

**Angaben zur Untersuchung** (Zutreffendes bitte ankreuzen 🗷.)

Einschränkung   
der Rotkreuztätigkeit …

...beim Heben und Tragen schwerer Lasten ❒

...mit besonderer   
Belastung der Atemwege und/oder des  
Herz-Kreislauf-Systems ❒

...mit offenen   
Lebensmitteln ❒

...mit besonders hohem Infektionsrisiko ❒

...an, auf, im Wasser ❒

...an Maschinen ❒

...mit besonderer psychischer Belastung ❒

...in der Höhe ❒

...in der Dunkelheit/Nacht ❒

Der Helfer sollte nur in Begleitung tätig werden ❒

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_❒

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_❒

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_❒

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_❒

Erstuntersuchung ❒

Untersuchung nach 5 Jahren ❒

Nachgehende Untersuchung ❒

Die Untersuchung am

Tag Monat Jahr

ergab

keine gesundheitlichen Bedenken ❒

gesundheitliche Bedenken

(deshalb →Einschränkung) ❒

Nächste Untersuchung

Monat Jahr

Erstuntersuchung ❒

Untersuchung nach 5 Jahren ❒

Nachgehende Untersuchung ❒

Die Untersuchung am

Tag Monat Jahr

ergab

keine gesundheitlichen Bedenken ❒

gesundheitliche Bedenken

(deshalb →Einschränkung) ❒

Nächste Untersuchung

Monat Jahr

**Impfstatus**

Vollständige Grundimmunisierung vorhanden gegen

Nein Ja

Tetanus ❒ ❒ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hepatitis B ❒ ❒ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Andere ❒ ❒ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift Arzt

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift Arzt

Ort/Datum

**Bemerkungen**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_