

Ergebnis der ärztlichen Untersuchung

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

Personaldaten (Bitte lesbar ausfüllen.)

Familienname	Vorname		
Geburtsname	Geburtsdatum		
		Tag	Monat Jahr

Angaben zur Untersuchung (Zutreffendes bitte ankreuzen ☒)

Erstuntersuchung ☐	Erstuntersuchung ☐
Untersuchung nach 5 Jahren ☐	Untersuchung nach 5 Jahren ☐
Nachgehende Untersuchung ☐	Nachgehende Untersuchung ☐
Die Untersuchung am Tag Monat Jahr ergab	Die Untersuchung am Tag Monat Jahr ergab
keine gesundheitlichen Bedenken ☐	keine gesundheitlichen Bedenken ☐
gesundheitliche Bedenken (deshalb → <u>Einschränkung</u>) ☐	gesundheitliche Bedenken (deshalb → <u>Einschränkung</u>) ☐
Nächste Untersuchung Monat Jahr	Nächste Untersuchung Monat Jahr

**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 ☐
- _____ ☐
- _____ ☐
- _____ ☐
- _____ ☐

Impfstatus

Vollständige Grundimmunisierung vorhanden gegen		
	Nein	Ja
Tetanus	☐	☐
Hepatitis B	☐	☐
Andere	☐	☐

Stempel/Unterschrift Arzt Ort/Datum	Stempel/Unterschrift Arzt Ort/Datum
--	--

Bemerkungen
