

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 <input type="checkbox"/>	Erstuntersuchung <input type="checkbox"/>
Untersuchung nach 5 Jahren <input type="checkbox"/>	Untersuchung nach 5 Jahren <input type="checkbox"/>
Nachgehende Untersuchung <input type="checkbox"/>	Nachgehende Untersuchung <input type="checkbox"/>
Die Untersuchung am Tag Monat Jahr ergab	Die Untersuchung am Tag Monat Jahr ergab
keine gesundheitlichen Bedenken <input type="checkbox"/>	keine gesundheitlichen Bedenken <input type="checkbox"/>
gesundheitliche Bedenken (deshalb →Einschränkung) <input type="checkbox"/>	gesundheitliche Bedenken (deshalb →Einschränkung) <input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Bemerkungen
