

**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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span><input type="text"/><input type="text"/></span> <span><input type="text"/><input type="text"/></span> <span><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>Tag</span> <span>Monat</span> <span>Jahr</span> </div>

**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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span><input type="text"/><input type="text"/></span> <span><input type="text"/><input type="text"/></span> <span><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: x-small;"> <span>Tag</span> <span>Monat</span> <span>Jahr</span> </div> ergab	Die Untersuchung am <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span><input type="text"/><input type="text"/></span> <span><input type="text"/><input type="text"/></span> <span><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: x-small;"> <span>Tag</span> <span>Monat</span> <span>Jahr</span> </div> 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span><input type="text"/><input type="text"/></span> <span><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: x-small;"> <span>Monat</span> <span>Jahr</span> </div>	Nächste Untersuchung <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span><input type="text"/><input type="text"/></span> <span><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: x-small;"> <span>Monat</span> <span>Jahr</span> </div>

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**

---



---



---



---