

Merkblatt für Ärzte

Sehr geehrte Frau Kollegin,
Sehr geehrter Herr Kollege,

wir bedanken uns im Namen des Deutschen Roten Kreuzes recht herzlich für Ihre Bereitschaft, unsere Helferin / unseren Helfer zu untersuchen. Sie unterstützen damit unsere ehrenamtliche Arbeit!

Zu Ihrer Unterstützung haben wir einige Unterlagen für Sie vorbereitet:

Allgemeine Helferuntersuchung

- Blatt 1 Merkblatt für Helferinnen und Helfer: Klärt unsere Helferin / unseren Helfer über die allgemeine Helferuntersuchung auf.
- Blatt 2 Merkblatt für Ärzte: Zu Ihrer Information
- Blatt 3 Anamnese- und Untersuchungsbogen: Die Helferin / der Helfer füllt den Teil Personaldaten und medizinische Vorgeschichte aus. Der zunächst sehr umfangreich erscheinende Bogen ermöglicht Ihnen eine strukturierte schnelle und einfache Helferuntersuchung sowie deren Dokumentation. Kursiv gedruckt finden Sie in der rechten Spalte Hinweise auf Erkrankungen, die zu Einschränkungen der Rotkreuztätigkeit führen können.
- Blatt 4 Ergebnis der ärztlichen Untersuchung: Wir bitten Sie festzustellen, ob bei unserer Helferin / unserem Helfer gesundheitliche Bedenken für die Rotkreuztätigkeiten bestehen und ob bestimmte Tätigkeiten eingeschränkt / ausgeschlossen werden sollten. Bitte kontrollieren und dokumentieren Sie auch den Impfstatus unserer Helfenden. Der Formularsatz Blatt 4 wird anschließend wie folgt aufgeteilt: 1x in die DRK-Personalakte, 1x verbleibt beim Helfenden, 1x verbleibt bei Ihnen. Es gelten die allgemeinen Aufbewahrungsfristen zur medizinischen Dokumentation.

Folgende Hinweise sollen Ihnen die Beurteilung erleichtern:

Die Tätigkeiten unserer Rotkreuz-Helferinnen und -Helfer sind sehr vielfältig. Wir haben für Sie einige Tätigkeitsgruppen beispielhaft aufgelistet:

Tätigkeiten

- mit Heben und Tragen schwerer Lasten
- mit besonderer Belastung der Atemwege und / oder des Herz-Kreislaufsystems
- mit offenen Lebensmitteln
- mit besonders hohem Infektionsrisiko
- an, auf, im Wasser
- an Maschinen
- mit besonderer psychischer Belastung
- in der Höhe
- in der Dunkelheit / Nacht

Wenn Sie gesundheitliche Bedenken gegen diese Tätigkeiten unserer Helferin / unseres Helfers haben und es deshalb sinnvoll ist, dass wir diese einzuschränken oder auszuschließen, dann teilen Sie uns dies bitte mit (ankreuzen und / oder Freitext Blatt 4).

Wenn Ihre Untersuchung Auffälligkeiten ergibt, die weiter abgeklärt werden sollten, so teilen Sie dies bitte der Helferin / dem Helfer mit. Bitte beurteilen die Einsetzbarkeit der Helferin / des Helfers unter den derzeitigen (ungeklärten) gesundheitlichen Verhältnissen. Meist wird es dabei zu Einschränkungen kommen.

*Wir bitten ausdrücklich um Verständnis, dass wir über den Höchstbetrag von€ hinausgehende Auslagen für die Untersuchung nicht übernehmen können. oder
Für diese allgemeine Helferuntersuchung können wir Ihnen einen Pauschalbetrag von€ anbieten.*

Für Rückfragen oder weitere Informationen steht Ihnen unsere Kreisverbandsärztin / unser Kreisverbandsarzt gerne zur Verfügung. **Erreichbarkeit:**

(Jeweilige Adresse und Erreichbarkeit ist durch die entsendende Stelle einzufügen)

Vielen Dank für Ihre Mithilfe
Ihr Deutsches Rotes Kreuz

(Unterschrift DRK KV-Arzt)