

## Ärztliche Helferuntersuchung - Helferselbstauskunft

Name und Vorname: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ortsverein/Gemeinschaft: \_\_\_\_\_

(Bereits) vereinbarte **Einschränkungen der Rotkreuztätig:**

	Bitte ankreuzen:	Ja	Nein
... beim Heben und Tragen schwerer Lasten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit besonderer Belastung der Atemwege und/oder des Herz-Kreislauf-System		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit offenen Lebensmitteln		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit besonders hohem Infektionsrisiko		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... an, auf, im Wasser		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... an Maschinen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit besonderer psychischer Belastung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... in der Höhe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... in der Dunkelheit/Nacht		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich darf nur in Begleitung tätig werden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Ich arbeite im <b>Rettungsdienst</b> (auch ehrenamtlich) (Falls <b>Ja</b> : Fragebogen entfällt. Betriebsärztliche Untersuchung beim Rettungsdienst veranlassen)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich bin aktiver Blutspender (Falls <b>Ja</b> : letzte Spende im Jahr: _____)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich fühle mich <b>gesund</b> ? (Falls <b>Nein</b> : Bitte ärztliche Untersuchung veranlassen)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich fühle mich gesundheitlich in der Lage, den Dienst im Roten Kreuz (ggf. im oben eingeschränkten Umfang) auszuüben? (Falls <b>Nein</b> : Bitte ärztliche Untersuchung veranlassen oder Dienstfähigkeit weiter einschränken.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige hiermit, dass ich diesen Fragebogen verstanden, und nach bestem Wissen ausgefüllt habe. Sollte sich mein Gesundheitszustand ändern, werde ich unaufgefordert eine neue Helferauskunft abgeben, oder ein ärztliche Untersuchung veranlassen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. des Erziehungsberechtigten)