

## Ergebnis der allgemeinen Eignungsuntersuchung für ehrenamtlich und hauptamtlich Tätige

Die allgemeine Eignungsuntersuchung umfasst die Feststellung der Eignung für das Führen von Fahrzeugen und Maschinen sowie das Arbeiten mit Absturzgefahr/Retten aus Höhen und Tiefen. Andere Eignungsanlässe müssen gesondert dokumentiert werden.

**Formularverteilung: 1x in die DRK-Personalakte, 1x beim Helfenden, 1x bei der untersuchenden Ärztin/dem untersuchenden Arzt**

**Personaldaten** (Bitte lesbar ausfüllen!)

Familienname	Vorname
Geburtsname	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

**DRK-Gemeinschaft, in der die Tätigkeit stattfindet**

Bereitschaften <input type="checkbox"/>	Wasserwacht <input type="checkbox"/>	
Bergwacht <input type="checkbox"/>	Wohlfahrt- und Sozialarbeit <input type="checkbox"/>	
Spezifische Tätigkeit: _____		

**Angaben zur Untersuchung** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Erstuntersuchung <input type="checkbox"/>
Untersuchung nach 3-5 Jahren (oder ärztl. Empfehlung/nach Bedarf) <input type="checkbox"/>
Nachuntersuchung <input type="checkbox"/>
Die Untersuchung am
<b>TT MM JJJJ</b>
ergab
Keine gesundheitlichen Bedenken <input type="checkbox"/>
Gesundheitliche Bedenken <input type="checkbox"/>
(deshalb → <b>Einschränkung</b> )
Nächste Untersuchung
<b>MM JJJJ</b>

<b><u>Einschränkung der Rotkreuztätigkeit...</u></b>	
...beim Heben, Halten und Tragen schwerer Lasten <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>
...beim Ziehen und Schieben schwerer Lasten <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>
...mit besonderer Belastung der Atemwege und/oder des Herz-Kreislauf-Systems	<input type="checkbox"/>
...mit offenen Lebensmitteln	<input type="checkbox"/>
...mit besonders hohem Infektionsrisiko	<input type="checkbox"/>
...an, auf, im Wasser	<input type="checkbox"/>
...an Maschinen/Fahrzeugen	<input type="checkbox"/>
...mit besonderer psychischer Belastung	<input type="checkbox"/>
...in Höhen und Tiefen	<input type="checkbox"/>
...in der Dunkelheit/Nacht	<input type="checkbox"/>
...der/die Helfende sollte nur in Begleitung tätig werden	<input type="checkbox"/>
...aufgrund von Allergien/Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>

**Impfstatus<sup>3</sup>**

Vollständige Grundimmunisierung **gegeben**  **nicht gegeben**

Masernschutz **Ja**  **Nein**

<sup>1</sup> siehe auch Orientierungswerte laut DGUV-Information 208-033 *Belastungen für Rücken und Gelenke – was geht mich das an?*; Mutterschutzgesetz beachten

<sup>2</sup> siehe auch Arbeitsmedizinische Regeln (AMR) Nr. 13.2 *Tätigkeiten mit wesentlich erhöhten körperlichen Belastungen mit Gesundheitsgefährdungen für das Muskel-Skelett-System*; Mutterschutzgesetz beachten

<sup>3</sup> siehe auch Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) und AMR Nr. 6.5 *Impfungen als Bestandteil der arbeitsmedizinischen Vorsorge bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen*; Mutterschutzgesetz beachten

Allgemeine Helferuntersuchung: Bereitschaften, Bergwacht, Wasserwacht, Wohlfahrts- und Sozialarbeit – **Blatt 4**  
**Der Helfende wurde über das Ergebnis der Untersuchung aufgeklärt. Darüber hinaus muss der Helfende etwaige gesundheitliche Beeinträchtigungen und/oder eine Erweiterung der Tätigkeit unverzüglich der zuständigen Leitungs- und Führungskraft anzeigen.**

Stempel/Unterschrift Ärztin/Arzt Ort/Datum	Unterschrift Helfende/r Ort/Datum
---	--------------------------------------

**Bemerkungen/Empfehlungen:**

---

---

---