

## Ärztliche Helferuntersuchung – Helferselbstauskunft

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

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

### Einschränkung der Rotkreuztätigkeit:

	Bitte ankreuzen:	Ja	Nein
... beim Heben und Tragen schwerer Lasten <sup>1</sup>			
... 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			
Ich darf nur in Begleitung tätig werden			
Ich besitze einen aktuellen Impfstatus <sup>2</sup>			

	Bitte ankreuzen:	Ja	Nein
1. Ich werde regelmäßig betriebsärztlich untersucht (auch ehrenamtlich) (Falls <b>Ja</b> : Letzte Untersuchung am: _____)			
2. Ich bin aktiver Blutspender (Falls <b>Ja</b> : Letzte Spende im Jahr: _____)			
3. Ich fühle mich <b>gesund</b> ? (Falls <b>Nein</b> : Bitte ärztliche Untersuchung veranlassen)			
4. Ich fühle mich gesundheitlich in der Lage, den Dienst im Roten Kreuz (ggf. im oben eingeschränkten Umfang) auszuüben? <sup>3</sup> (Falls <b>Nein</b> : Bitte ärztliche Untersuchung veranlassen oder Dienstfähigkeit weiter einschränken.)			

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

Bei medizinischen Fragen zum Fragebogen wenden Sie sich bitte an den Kreisverbands-Arzt oder Ihren Hausarzt.

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

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

Stand: 01/2023

1 siehe auch Orientierungswerte laut DGUV-Information 208-033 Belastungen für Rücken und Gelenke – was geht mich das an?

2 siehe auch Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO), siehe auch Mutterschutzgesetz

3 siehe auch Mutterschutzgesetz