

Selbsterklärung zum Gesundheitszustand



**Deutsches
Rotes
Kreuz**

Liebe Helferinnen und liebe Helfer,
über den allgemeinen Fragebogen zur Helferuntersuchung im Deutschen Roten Kreuz hinaus möchte ich euch bitten die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Diese sollen bereits vor der ärztlichen Untersuchung wertvolle Hinweise über eventuelle Gesundheitsrisiken liefern.
Bitte die **zutreffenden** folgenden Fragen entsprechend eurem momentanen bzw. vergangenen Gesundheitszustands **ankreuzen**.

Hatten Sie in der Vergangenheit eine der nachfolgend genannten Krankheiten oder leiden Sie momentan z.B. an ...

- ... Asthma bzw. Atembeschwerden bei körperlicher Anstrengung?
- ... häufigen oder ernsten Anfällen von Heuschnupfen bzw. Allergien?
- ... häufigen Erkältungen, Nebenhöhlenentzündungen, Bronchitis?
- ... einer Lungenerkrankung?
- ... einem Pneumothorax (Lungenriss)?
- ... chirurgischen Eingriffen im Bereich des Brustkorbs?
- ... Platzangst oder Angst in geschlossenen Räumen?
- ... Gesundheitsproblemen bei speziellen Verhaltensweisen/Stimmungen (Depressionen)?
- ... Epilepsie, Anfällen, Krämpfen oder nehmen Sie Medikamente zu deren Vermeidung?
- ... wiederholten migräneartigen Kopfschmerzen oder nehmen Sie Medikamente zu deren Vermeidung?
- ... Gedächtnisstörungen, Ohnmacht oder Bewusstlosigkeit?
- ... häufiger Übelkeit durch Fahren auf dem Boot oder im Auto?
- ... Tauchunfall oder Dekompressionskrankheit?
- ... immer wieder auftretenden Rückenbeschwerden?
- ... chirurgischen Eingriffen im Rückenbereich, Verletzungen bzw. Frakturen an Rücken, Armen oder Beinen?
- ... Diabetes?
- ... Unfähigkeit, mäßige Körperübungen zu erfüllen, z.B. 1,5 km in zehn Minuten zu gehen?
- ... hohem Blutdruck oder nehmen Sie Medikamente zur Kontrolle des Blutdrucks?
- ... Herzkrankheiten?
- ... chirurgischen Eingriffen an Ohren oder Nebenhöhlen?

**DRK Bezirksverband
Frankfurt am Main e.V.**

Kreisverbandsarzt

Seilerstraße 23
60313 Frankfurt am Main
Tel. 069 – 71 91 91 - 0
Fax 069 – 71 91 91 -99
www.drkfrankfurt.de
info@drkfrankfurt.de

Ihre Nachricht vom

Ihr Zeichen

Aktenzeichen

Bearbeiter/in

Dr. med. Michael Sroka
Kreisverbandsarzt
Tel. 069 – 71 91 91 - 71
Fax 069 – 71 91 91 77 77
kva@drkfrankfurt.de

Frankfurter Sparkasse

BIC HELADEF1822
IBAN DE70 5005 0201 0000
4074 45

Postbank Frankfurt

BIC PBNKDEFF
IBAN DE77 5001 0060 0148
9096 06

BGB-Vorstand

Joachim Vandreike,
Vorsitzender

Philipp Reschke, Stellv.
Vorsitzender

Silvia Corts,
Stellv. Vorsitzende

Dierk Dallwitz,
Geschäftsführer

Dietmar Schmid,
Schatzmeister

Dr. Klaus Heuvels, Justitiar

Vereinsregister

Frankfurt am Main VR 6466

Umsatzsteuer ID: DE18396193

- ... Ohrenkrankheiten, Gehörschwäche oder Gleichgewichtsstörungen?
- ... Schwierigkeiten beim Druckausgleich bei Fahrten in die Berge bzw. im Flugzeug?
- ... Blutungen bzw. Blutgerinnungsstörungen?
- ... Weichteilbrüchen (Leisten, Nabel, Lenden, Zwerchfell)?
- ... Geschwüren bzw. operativ entfernte Geschwüre?
- ... Magen-Darm-Problemen?
- ... übermäßigen Konsum von Medikamenten oder Alkohol?
- ... Einnahme von Betäubungsmitteln?
- ... einer hier nicht aufgeführten Erkrankung?

- **Mir sind keine Krankheiten bekannt. Ich bin gesund.**
- **Bei Wiedervorstellung: Es liegt keine Veränderungen des Gesundheitszustands vor.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der vorher gemachten Angaben.

Datum (TT.MM.JJJJ): _____

Familienname, Vorname: _____

Unterschrift (beim Arzt vor Ort): _____

Anamnese- und Untersuchungsbogen



Deutsches Rotes Kreuz

Die Teile „Personaldaten“ und „Medizinische Vorgeschichte“ werden zur Vorbereitung der ärztlichen Untersuchung von der Rotkreuz-Helferin bzw. dem Rotkreuz-Helfer ausgefüllt.

Personaldaten (Bitte lesbar vom Rotkreuz-Helfer/in auszufüllen.)

Familienname	Vorname	Anschrift
Geburtsname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Telefon

**DRK Bezirksverband
Frankfurt am Main e.V.**

Kreisverbandsarzt

Seilerstraße 23
60313 Frankfurt am Main
Tel. 069 – 71 91 91 - 0
Fax 069 – 71 91 91 -99
www.drkfrankfurt.de
info@drkfrankfurt.de

Ihre Nachricht vom

Ihr Zeichen

Aktenzeichen

Bearbeiter/in

Dr. med. Michael Sroka
Kreisverbandsarzt
Tel. 069 – 71 91 91 - 71
Fax 069 – 71 91 91 77 77
kva@drkfrankfurt.de

Frankfurter Sparkasse

BIC HELADEF1822
IBAN DE70 5005 0201 0000
4074 45

Postbank Frankfurt

BIC PBNKDEFF
IBAN DE77 5001 0060 0148
9096 06

BGB-Vorstand

Joachim Vandreike,
Vorsitzender
Philipp Reschke, Stellv.
Vorsitzender
Silvia Corts,
Stellv. Vorsitzende
Dierk Dallwitz,
Geschäftsführer
Dietmar Schmid,
Schatzmeister
Dr. Klaus Heuvels, Justitiar

Vereinsregister

Frankfurt am Main VR 6466
Umsatzsteuer ID: DE18396193

Medizinische Vorgeschichte (Bitte Zutreffendes vom Rotkreuz-Helfer/in anzukreuzen.)			Anamnese und ärztliche Untersuchung (Wird vom Arzt ausgefüllt.)
	NEIN	JA	Kommentar
Tragen Sie ein Hörgerät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tragen Sie Kontaktlinsen oder eine Brille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Befanden Sie sich in der letzten Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn JA, weswegen? _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf Medikamente (auch Salben, Sprays, Pflaster, Kopfschmerztabletten, ...) ein? Wenn JA, welche und wie viele pro Tag? _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurden Sie schon einmal operiert oder hatten Sie sonstige besondere Erkrankungen, z.B. einen Unfall, schwere Verletzungen? Wenn JA, welche und wann? _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Fortsetzung: Medizinische Vorgeschichte (Bitte Zutreffendes vom Rotkreuz-Helfer/in anzukreuzen.)		Fortsetzung: Anamnese und ärztliche Untersuchung (Wird vom Arzt ausgefüllt)			
Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?		NEIN	JA	*auffälliger Befund bzw. o.B. a.B.*	
Augenerkrankung? (z.B. grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehfähigkeit grob orientierend (z.B. starke oder stärkere Sehbeeinträchtigung, Sehleistung ohne Glas unter 0,3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Farbsehen grob orientierend (z.B. Farbsehen gestört)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hörvermögen grob orientierend (z.B. Hörvermögen von weniger als 5 m Umgebungssprache auf jedem Ohr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gleichgewichtsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nervenleiden? (z.B. Lähmungen, Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grob orientierende neurologische Untersuchung (z.B. jede Art von Anfallsleiden, Z.n. Apoplex)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemütsleiden? (z.B. Depressionen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orientierender Eindruck (z.B. erhebliche Nerven- und Gemütsleiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen? (z.B. Kropf, Über- oder Unterfunktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Untersuchung Hals (z.B. symptomatische Funktionsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungen- oder Atemwegserkrankungen? (z.B. Tuberkulose, Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auskultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Perkussion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Thoraxform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Thoraxbeweglichkeit (z.B. Erkrankung des Thorax oder der Atmungsorgane, die die Lungenfunktion beeinträchtigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankungen? (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Herzmuskelschwäche, -rhythmusstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auskultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Pulsfrequenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			RR bds.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen? (z.B. Durchblutungsstörungen, hoher oder niedriger Blutdruck, Thrombose, Embolie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kreislaufsystem orientierend (z.B. Einschränkungen der Belastbarkeit oder Regulation durch Erkrankungen oder Veränderungen des Herzens oder des Kreislaufsystems, starke oder stärkere Blutdruckveränderungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen? (z.B. Leberentzündungen, Gelbsucht, Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Untersuchungen des Abdomens (z.B. Hernien, veränderte Lebergröße, -oberfläche als Hinweis auf eine Lebererkrankung, Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Verdauungstraktes? (z.B. Magenerkrankungen, Darmerkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Fortsetzung: Medizinische Vorgeschichte (Bitte Zutreffendes vom Rotkreuz-Helfer/in anzukreuzen.)		Fortsetzung: Anamnese und ärztliche Untersuchung (Wird vom Arzt ausgefüllt)		
Fortsetzung: Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?		NEIN	JA	*auffälliger Befund bzw. o.B. a.B.*
Nieren- und Harnwegserkrankungen? (z.B. Nierenentzündungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Erkrankungen des Skelettsystems? (z.B. Wirbelsäulenschäden, Gelenkerkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skelett Insbesondere Wirbelsäule Gliedmaßen Gelenke (z.B. Erkrankungen des Bewegungs- oder Stützapparates oder Thorax mit Funktionseinschränkungen)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Muskelerkrankungen bzw. Muskelschwäche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(z.B. Muskel- oder Stoffwechselerkrankungen, welche die Belastbarkeit einschränken)	
Stoffwechselerkrankung? (z.B. Zuckerkrankheit, Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bluterkrankungen oder erhöhte Blutungsneigung? (z.B. Neigung zu Nasenbluten, blauen Flecken ohne besonderen Anlass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Allergien / Überempfindlichkeits- Reaktionen? (z.B. Heuschnupfen, Allergie gegen Lebensmittel, Tierhaare, Medikamente, Latex)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Suchterkrankung? (z.B. Alkohol- oder andere Drogensucht, regelmäßiger Drogengebrauch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ansteckende Erkrankungen? (z.B. Tuberkulose, HIV/AIDS, Gelbsucht, Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sonstige, hier nicht aufgeführte Erkrankungen? (z.B. des Immunsystems, Hauterkrankungen, Tumore, Vergiftungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wenn JA, bitte nähere Angaben:	<hr/> <hr/> <hr/>			

Fortsetzung: Medizinische Vorgeschichte (Bitte vom Rotkreuz-Helfer/in auszufüllen.)	Fortsetzung: Anamnese und ärztliche Untersuchung (Wird vom Arzt ausgefüllt)
Bitte Impfnachweis mitbringen! Ich bin in den letzten 10 Jahren geimpft worden gegen: _____ _____ _____	

Hiermit versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben

Datum (TT.MM.JJJJ)	Unterschrift (beim Arzt vor Ort)	Datum (TT.MM.JJJJ)	Arztunterschrift
-----------------------	-------------------------------------	-----------------------	------------------

Hinweis für die untersuchende Ärztin / den untersuchenden Arzt:

Bitte bewerten Sie anschließend Anamnese und Befund in Hinblick auf die Rotkreuztätigkeiten. Bitte benutzen Sie dazu das Formular „Ergebnis der ärztlichen Untersuchung“. In der rechten Spalte haben wir die Rotkreuztätigkeiten in Oberbegriffen für Sie zusammengefasst.

Helferuntersuchung



**Deutsches
Rotes
Kreuz**

Ergebnis der ärztlichen Untersuchung

Personaldaten (Bitte lesbar ausfüllen.)

Familienname	Vorname
Geburtsname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Angaben zur Untersuchung (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Wiedervorstellung <input type="checkbox"/> Nachuntersuchung <input type="checkbox"/>	Die Untersuchung am _____ TT.MM.JJJJ ergab
Nächste Untersuchung _____ MM.JJJJ	- keine gesundheitlichen Bedenken <input type="checkbox"/> - gesundheitliche Bedenken (deshalb → <u>Einschränkung</u>) <input type="checkbox"/>

Impfschutz

Vollständige Grundimmunisierung vorhanden gegen: - TDPP <input type="checkbox"/> - Hep. A <input type="checkbox"/> - Hep. B <input type="checkbox"/> - FSME <input type="checkbox"/> - MMR <input type="checkbox"/> - Sonstige: _____	<h3><u>Einschränkung der Rotkreuztätigkeit ...</u></h3> ... beim Heben und Tragen schwerer Lasten <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"/> ... mit besonderer psychischer Belastung <input type="checkbox"/> ... an, auf und im Wasser <input type="checkbox"/> ... an Maschinen <input type="checkbox"/> ... in der Höhe <input type="checkbox"/> ... in der Dunkelheit/Nacht <input type="checkbox"/> ... _____ <input type="checkbox"/>
Stempel/Unterschrift Arzt Ort/Datum	

Dr. med. Michael Sroka
Kreisverbandsarzt

**DRK Bezirksverband
Frankfurt am Main e.V.**

Kreisverbandsarzt

Seilerstraße 23
60313 Frankfurt am Main
Tel. 069 – 71 91 91 - 0
Fax 069 – 71 91 91 -99
www.drkfrankfurt.de
info@drkfrankfurt.de

Ihre Nachricht vom

Ihr Zeichen

Aktenzeichen

Bearbeiter/in

Dr. med. Michael Sroka
Kreisverbandsarzt
Tel. 069 – 71 91 91 - 71
Fax 069 – 71 91 91 77 77
kva@drkfrankfurt.de

Frankfurter Sparkasse

BIC HELADEF1822
IBAN DE70 5005 0201 0000
4074 45

Postbank Frankfurt

BIC PBNKDEFF
IBAN DE77 5001 0060 0148
9096 06

BGB-Vorstand

Joachim Vandreike,
Vorsitzender
Philipp Reschke, Stellv.
Vorsitzender
Silvia Corts,
Stellv. Vorsitzende
Dierk Dallwitz,
Geschäftsführer
Dietmar Schmid,
Schatzmeister
Dr. Klaus Heuvels, Justitiar

Vereinsregister

Frankfurt am Main VR 6466
Umsatzsteuer ID: DE18396193

Helferuntersuchung

KOPIE für Bereitschaft bzw. Ortsgruppe Wasserwacht



**Deutsches
Rotes
Kreuz**

Ergebnis der ärztlichen Untersuchung

Personaldaten (Bitte lesbar ausfüllen.)

Familienname	Vorname
Geburtsname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Angaben zur Untersuchung (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

Erstuntersuchung <input type="checkbox"/>	Die Untersuchung am _____ TT.MM.JJJJ ergab
Wiedervorstellung <input type="checkbox"/>	
Nachuntersuchung <input type="checkbox"/>	
Nächste Untersuchung _____ MM.JJJJ	- keine gesundheitlichen Bedenken <input type="checkbox"/> - gesundheitliche Bedenken (deshalb → <u>Einschränkung</u>) <input type="checkbox"/>

Impfschutz

Vollständige Grundimmunisierung vorhanden gegen:	<u>Einschränkung der Rotkreuztätigkeit ...</u>
- TDPP <input type="checkbox"/>	... beim Heben und Tragen schwerer Lasten <input type="checkbox"/>
- Hep. A <input type="checkbox"/>	... mit besonderer Belastung der Atemwege und/oder des Herz-Kreislauf-Systems <input type="checkbox"/>
- Hep. B <input type="checkbox"/>	... mit offenen Lebensmitteln <input type="checkbox"/>
- FSME <input type="checkbox"/>	... mit besonders hohem Infektionsrisiko <input type="checkbox"/>
- MMR <input type="checkbox"/>	... mit besonderer psychischer Belastung <input type="checkbox"/>
- Sonstige: _____	... an, auf und im Wasser <input type="checkbox"/>
	... an Maschinen <input type="checkbox"/>
	... in der Höhe <input type="checkbox"/>
	... in der Dunkelheit/Nacht <input type="checkbox"/>
Stempel/Unterschrift Arzt	... _____
Ort/Datum	

Dr. med. Michael Sroka
Kreisverbandsarzt

**DRK Bezirksverband
Frankfurt am Main e.V.**

Kreisverbandsarzt

Seilerstraße 23
60313 Frankfurt am Main
Tel. 069 – 71 91 91 - 0
Fax 069 – 71 91 91 -99
www.drkfrankfurt.de
info@drkfrankfurt.de

Ihre Nachricht vom

Ihr Zeichen

Aktenzeichen

Bearbeiter/in

Dr. med. Michael Sroka
Kreisverbandsarzt
Tel. 069 – 71 91 91 - 71
Fax 069 – 71 91 91 77 77
kva@drkfrankfurt.de

Frankfurter Sparkasse

BIC HELADEF1822
IBAN DE70 5005 0201 0000
4074 45

Postbank Frankfurt

BIC PBNKDEFF
IBAN DE77 5001 0060 0148
9096 06

BGB-Vorstand

Joachim Vandreike,
Vorsitzender
Philipp Reschke, Stellv.
Vorsitzender
Silvia Corts,
Stellv. Vorsitzende
Dierk Dallwitz,
Geschäftsführer
Dietmar Schmid,
Schatzmeister
Dr. Klaus Heuvels, Justitiar

Vereinsregister

Frankfurt am Main VR 6466
Umsatzsteuer ID: DE18396193