

## Anamnese- und Untersuchungsbogen

Die Teile „Personaldaten“ und „Medizinische Vorgeschichte“ werden zur Vorbereitung der ärztlichen Untersuchung von der Rotkreuz-Einsatzkraft ausgefüllt.

### Personaldaten (Bitte lesbar ausfüllen!)

|              |                           |
|--------------|---------------------------|
| Familienname | Vorname                   |
| Geburtsname  | Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ) |
| Anschrift    | Telefon                   |

### Medizinische Vorgeschichte

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

### Anamnese und ärztliche Untersuchung

|                                                                                                                             | Nein                     | Ja                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Wenn ja, weswegen?                                                                                                          |                          |                          |  |
| _____                                                                                                                       |                          |                          |  |
| _____                                                                                                                       |                          |                          |  |
| _____                                                                                                                       |                          |                          |  |
| Nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf Medikamente (auch Kopfschmerztabletten, Salben, Sprays, Pflaster, ...) ein?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Wenn ja, welche und wie viel pro Tag?                                                                                       |                          |                          |  |
| _____                                                                                                                       |                          |                          |  |
| _____                                                                                                                       |                          |                          |  |
| _____                                                                                                                       |                          |                          |  |
| Wurden Sie schon einmal operiert oder hatten Sie sonstige besondere Erkrankungen, z. B. einen Unfall, schwere Verletzungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Wenn ja, welche und wann?                                                                                                   |                          |                          |  |
| _____                                                                                                                       |                          |                          |  |
| _____                                                                                                                       |                          |                          |  |
| _____                                                                                                                       |                          |                          |  |
| Größe (in m): _____                                                                                                         |                          |                          |  |
| Gewicht (in kg): _____                                                                                                      |                          |                          |  |
| _____                                                                                                                       |                          |                          |  |
| _____                                                                                                                       |                          |                          |  |
| _____                                                                                                                       |                          |                          |  |

**Medizinische Vorgeschichte**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

**Anamnese und ärztliche Untersuchung**

| <b>Haben/Hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen:</b>                                                                | <b>Nein</b>              | <b>Ja</b>                |                                                                                                                                                                                                                      | <b>o.B.</b>              | <b>auffälliger Befund</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Augenerkrankung<br>(z.B. Kontaktlinsen, Brille, grüner Star)?                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sehfähigkeit (orientierend)<br>(z. B. starke oder stärkere Sehbeeinträchtigung, Sehleistung ohne Korrektur unter 0,3)                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
|                                                                                                                         |                          |                          | Farbsehen (orientierend)<br>(z. B. Farbsehen gestört)                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Ohrenerkrankung<br>(z.B. Gleichgewichtsstörungen)?                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hörvermögen (orientierend)<br>(z. B. Hörvermögen von weniger als 5 m Umgebungssprache auf jedem Ohr)                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Tragen Sie ein Hörgerät?                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                      |                          |                           |
| Erkrankungen der Nerven/des Nervensystems<br>(z. B. Lähmungen, Epilepsie)?                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Neurologische Untersuchung (orientierend)<br>(z. B. jede Art von Epilepsie, Z. n. Apoplex)                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Erkrankungen der Psyche<br>(z. B. Depressionen, Höhenangst)?                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Eindruck (orientierend)<br>(z. B. erhebliche Erkrankungen der Psyche)                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Schilddrüsenerkrankungen<br>(z. B. Kropf, Über- oder Unterfunktion)?                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Untersuchung Hals<br>(z. B. symptomatische Funktionsstörungen)                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Lungen- oder Atemwegserkrankungen<br>(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"/>  |
|                                                                                                                         |                          |                          | Sauerstoffsättigung SpO2                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
|                                                                                                                         |                          |                          | Thoraxform                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
|                                                                                                                         |                          |                          | Thoraxbeweglichkeit<br>(z. B. Erkrankungen des Thorax oder der Atmungsorgane, die die Lungenfunktion beeinträchtigen)                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Herzerkrankung<br>(z. B. Z. n. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Herzmuskelschwäche, Herzrhythmusstörungen)?    | <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- und Gefäßerkrankungen<br>(z. B. Durchblutungsstörungen, hoher oder niedriger Blutdruck, Thrombose, Embolie)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kreislaufsystem (orientierend)<br>(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<br>(z. B. Leberentzündung, Gelbsucht, Hepatitis)?                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Untersuchung des Abdomens<br>(z. B. Hernien, veränderte Lebergröße oder -oberfläche, Hepatitis)                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Erkrankungen des Verdauungstraktes<br>(z. B. Magenerkrankungen, Darmerkrankungen)?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                      |                          |                           |
| Nieren- und Harnwegserkrankungen<br>(z. B. Blasen- oder Nierenentzündung)?                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                      |                          |                           |
| Erkrankungen des Skelettsystems<br>(z. B. Wirbelsäulenschäden, Gelenkerkrankungen)?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Skelett                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
|                                                                                                                         |                          |                          | insbesondere Wirbelsäule                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
|                                                                                                                         |                          |                          | Gliedmaßen                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Muskelerkrankungen, -schwäche<br>(z. B. Muskel- oder Stoffwechselerkrankungen, welche die Belastbarkeit einschränken)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gelenke<br>(z. B. Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates oder Thorax mit Funktionseinschränkungen)                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Stoffwechselerkrankung<br>(z. B. „Zuckerkrankheit“ Diabetes)?                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                      |                          |                           |

**Medizinische Vorgeschichte**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

**Anamnese und ärztliche Untersuchung**

| Haben/Hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen:                                                                                                                                           | Nein                     | Ja                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bluterkrankungen oder erhöhte Blutungsneigung<br>(z. B. Neigung zu Nasenbluten oder blauen Flecken ohne besonderen Anlass)?                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergien/Überempfindlichkeitsreaktionen<br>(z. B. Heuschnupfen, Allergie gegen Lebensmittel, Tierhaare, Medikamente, Latex)?                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Suchterkrankung/Abhängigkeiten<br>(z. B. Alkohol- oder andere Drogensucht, Medikamentenmissbrauch, regelmäßiger Drogengebrauch)?                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ansteckende Erkrankungen/Infektionskrankheiten<br>(z. B. Tuberkulose, HIV/AIDS, Gelbsucht, Hepatitis)?                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige, hier nicht aufgeführte Erkrankungen<br>(z. B. des Immunsystems, Hauterkrankungen, Tumore, Vergiftungen)?<br>Wenn ja, bitte nähere Angaben:<br><br>_____<br><br>_____<br><br>_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

  

| Impfstatus <sup>1,2</sup><br>Bitte legen Sie Ihren Impfpass bzw. Ihre aktuellen Impfnachweise vor. Die Abfrage des Impfstatus erfolgt gemäß der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV). | Impfnachweise vorgelegt<br>Ausreichender Impfschutz vorhanden | Ja                       | Nein                     | Für den Einsatz nicht erforderlich |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                          | Hepatitis A                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           |
|                                                                                                                                                                                                          | Hepatitis B                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           |
|                                                                                                                                                                                                          | Masern                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           |
|                                                                                                                                                                                                          | SARS-CoV-2                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           |
| Anmerkungen:<br><br>_____<br><br>_____                                                                                                                                                                   |                                                               |                          |                          |                                    |

Hiermit versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben

Ort/Datum

Unterschrift Einsatzkraft

Ort/Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt

**Hinweis für die untersuchende Ärztin/den untersuchenden Arzt:**

Bitte bewerten Sie anschließend Anamnese und Befund in Hinblick auf die Rotkreuztätigkeiten. Bitte benutzen Sie dazu Blatt 4 „Ergebnis der ärztlichen Eignungsuntersuchung“. In der rechten Spalte haben wir die Rotkreuztätigkeiten in Oberbegriffen für Sie zusammengefasst.

<sup>1</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 Rahmeneempfehlungen des jeweiligen Landesverbandes und für die jeweilige Gemeinschaft beachten

<sup>2</sup> einrichtungsbezogene Impfpflichten siehe BMG, Infektionsschutzgesetz (insbesondere §20 des IfSG), etc.