

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? Wenn ja, weswegen? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf Medikamente (auch Kopfschmerztabletten, Salben, Sprays, Pflaster, ...) ein? Wenn ja, welche und wie viel 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"/>	
Größe (in m): _____			
Gewicht (in kg): _____			

Medizinische Vorgeschichte

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Anamnese und ärztliche Untersuchung

Haben/Hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen:	Nein	Ja		o.B.	auffälliger Befund
Augenerkrankung (z.B. Kontaktlinsen, Brille, grüner Star)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehfähigkeit (orientierend) (z. B. starke oder stärkere Sehbeeinträchtigung, Sehleistung ohne Korrektur unter 0,3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Farbsehen (orientierend) (z. B. Farbsehen gestört)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrenerkrankung (z.B. Gleichgewichtsstörungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hörvermögen (orientierend) (z. B. Hörvermögen von weniger als 5 m Umgebungs- sprache auf jedem Ohr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie ein Hörgerät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Erkrankungen der Nerven/des Nervensystems (z. B. Lähmungen, Epilepsie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologische Untersuchung (orientierend) (z. B. jede Art von Epilepsie, Z. n. Apoplex)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Psyche (z. B. Depressionen, Höhenangst)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eindruck (orientierend) (z. B. erhebliche Erkrankungen der Psyche)	<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 Perkussion Sauerstoffsättigung SpO ₂ Thoraxform Thoraxbeweglichkeit (z. B. Erkrankungen des Thorax oder der Atmungsorgane, die die Lungenfunktion beeinträchtigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung (z. B. Z. n. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Herzmus- kelschwäche, Herzrhythmusstörungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auskultation Pulsfrequenz RR bds.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislauf- und Gefäßerkrankungen (z. B. Durchblutungsstörungen, hoher oder niedriger Blut- druck, Thrombose, Embolie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kreislaufsystem (orientierend) (z. B. Einschränkungen der Belastbarkeit oder Regula- tion durch Erkrankungen oder Veränderungen des Her- zens oder des Kreislaufsystems, starke oder stärkere Blutdruckveränderungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen (z. B. Leberentzündung, Gelbsucht, Hepatitis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Untersuchung des Abdomens (z. B. Hernien, veränderte Lebergröße oder -oberfläche, Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Verdauungstraktes (z. B. Magenerkrankungen, Darmerkrankungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nieren- und Harnwegserkrankungen (z. B. Blasen- oder Nierenentzündung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Erkrankungen des Skelettsystems (z. B. Wirbelsäulenschäden, Gelenkerkrankungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skelett insbesondere Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelerkrankungen, -schwäche (z. B. Muskel- oder Stoffwechselerkrankungen, welche die Belastbarkeit einschränken)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gliedmaßen Gelenke (z. B. Erkrankungen des Bewegungs- und Stützappara- tes oder Thorax mit Funktionseinschränkungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankung (z. B. „Zuckerkrankheit“ Diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Medizinische Vorgeschichte
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Anamnese und ärztliche Untersuchung

<p>Haben/Hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen:</p> <p>Bluterkrankungen oder erhöhte Blutungsneigung (z. B. Neigung zu Nasenbluten oder blauen Flecken ohne besonderen Anlass)?</p> <p>Allergien/Überempfindlichkeitsreaktionen (z. B. Heuschnupfen, Allergie gegen Lebensmittel, Tierhaare, Medikamente, Latex)?</p> <p>Suchterkrankung/Abhängigkeiten (z. B. Alkohol- oder andere Drogensucht, Medikamentenmissbrauch, regelmäßiger Drogengebrauch)?</p> <p>Ansteckende Erkrankungen/Infektionskrankheiten (z. B. Tuberkulose, HIV/AIDS, Gelbsucht, Hepatitis)?</p> <p>Sonstige, hier nicht aufgeführte Erkrankungen (z. B. des Immunsystems, Hauterkrankungen, Tumore, Vergiftungen)? Wenn ja, bitte nähere Angaben:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Impfstatus^{1, 2} Bitte legen Sie Ihren Impfpass bzw. Ihre aktuellen Impfnachweise vor. Die Abfrage des Impfstatus erfolgt gemäß der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV).</p>	<p>Nein</p> <p>Ja</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; padding: 5px;"> <p>Impfnachweise vorgelegt Ausreichender Impfschutz vorhanden</p> <p>Hepatitis A</p> <p>Hepatitis B</p> <p>Masern</p> <p>SARS-CoV-2</p> <p>Anmerkungen:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;"> <p>Ja</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> </td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;"> <p>Nein</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> </td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 5px;"> <p>Für den Einsatz nicht erforderlich</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> </td> </tr> </table>	<p>Impfnachweise vorgelegt Ausreichender Impfschutz vorhanden</p> <p>Hepatitis A</p> <p>Hepatitis B</p> <p>Masern</p> <p>SARS-CoV-2</p> <p>Anmerkungen:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ja</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Nein</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Für den Einsatz nicht erforderlich</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>Impfnachweise vorgelegt Ausreichender Impfschutz vorhanden</p> <p>Hepatitis A</p> <p>Hepatitis B</p> <p>Masern</p> <p>SARS-CoV-2</p> <p>Anmerkungen:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ja</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Nein</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Für den Einsatz nicht erforderlich</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>					

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.

¹ 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 Rahmenempfehlungen des jeweiligen Landesverbandes und für die jeweilige Gemeinschaft beachten
² einrichtungsbezogene Impfpflichten siehe BMG, Infektionsschutzgesetz (insbesondere §20 des IfSG), etc.