

Deutsches Rotes Kreuz - Carstennstr. 58 - 12205 Berlin

An

- **die DRK-Landesverbände**
- **den Verband der Schwesternschaften**

- vorab per Email-

Aktenzeichen

up-2005-rs029

Bei Beantwortung bitte angeben

Bereich/Team

2/27

2/23

Ihr Schreiben

-

Ihr Zeichen

-

Bearbeiterinnen

Christine Lettang

Ulrike Pantzer

Email: lettangc@drk.de
pantzeru@drk.de

Durchwahl

402

373

Anlagen

4

Datum

29.06.2005

Rundschreiben Nr. 2/23-029/05

Allgemeine Helferuntersuchung

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Frühjahr 1998 hat das DRK Präsidium zu o.g. Thema folgenden Beschluss gefasst:

„Das Präsidium beschließt, den vorgelegten Untersuchungsbogen einschließlich des Ergebnisbogens der ärztlichen Untersuchung als verbindlichen Mindeststandard für die ärztliche Untersuchung von HelferInnen der Rotkreuzgemeinschaften, Bereitschaften, *Bergwacht* und *Wasserwacht* einzuführen.

Alle gesetzlich vorgeschriebenen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen nach berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen müssen darüber hinaus von dafür ermächtigten Ärzten anhand der hierfür vorgesehenen Untersuchungsbögen vorgenommen werden.“

Der Präsidialrat hat gem. § 19 (3) der DRK-Satzung zugestimmt.

Die Untersuchungsunterlagen sind, wie Ihnen bereits bekannt ist, inzwischen von einer Arbeitsgruppe aktualisiert, weiterentwickelt sowie um die notwendigen Merkblätter ergänzt worden.

Die Ständige Konferenz der DRK-Landesärzte sowie die Bundesausschüsse der Bereitschaften, *Wasserwacht* und *Bergwacht* haben den Unterlagen zugestimmt.

Bei den Unterlagen handelt sich im Detail um:

- Blatt 1: Merkblatt für Rotkreuz-Helferinnen und -Helfer
- Blatt 2: Merkblatt für Ärzte
- Blatt 3: Anamnese- und Untersuchungsbogen
- Blatt 4: Ergebnis der ärztlichen Untersuchung

Die Blätter 1 und 2 enthalten (kursiv dargestellte) veränderbare Bereiche, um die Bedingungen in der Verbandsgliederung berücksichtigen zu können. Die Blätter 3 und 4 sind unveränderbare Formulare. Blatt 4 wird in 3facher Ausfertigung benötigt.

Die bisherigen Unterlagen zur allgemeinen Helferuntersuchung werden durch die neuen Merkblätter und Formulare ersetzt.

Wir stellen Ihnen die Dateien der Formulare ab sofort wie folgt zur Verfügung:

1. Als Dateianhang dieses Rundschreibens per Email,
2. abrufbar in der Wissensbörse
3. in Lotus Notes abrufbar unter Mitteilungen / Rundschreiben, 0.42 medizinischer Dienst, Rundschreiben,
4. im geschützten Bereich des Rotkreuzhandbuches,
5. im Generalsekretariat abrufbar per Email bei den o.g. Teams.

In Abänderung bisheriger Vertriebsformen ist gegenwärtig nicht beabsichtigt, den kompletten Satz der Unterlagen als Vertriebsartikel in gedruckter Form vorzuhalten. Damit wäre einerseits die Anpassung der beiden Merkblätter an die regionalen Gegebenheiten nicht möglich, andererseits wird zunehmend die Bereitstellung als Datensatz gefordert.

Lediglich Blatt 4 soll künftig als Durchschreibesatz angeboten werden, um eine problemlose Handhabung zu ermöglichen. Hierzu laufen die entsprechenden Vorbereitungen mit der DRK-Service GmbH.

Wir haben vorgesehen, in Zusammenarbeit mit dem Fachverlag innerhalb des kommenden Jahres u.a. die Formblätter zur Mitwirkung in Gemeinschaften bzw. Bereitschaften aufzubereiten, um sie künftig in digitaler Form anzubieten. Neben der Kostenreduzierung soll damit vor allem die Bearbeitung in den Mitgliedsverbänden vereinfacht werden. In diese Vertriebsform werden auch die obigen Unterlagen zur Durchführung der Helferuntersuchung einbezogen.

Über die Verfügbarkeit des Blatts 4 „Ergebnis der ärztlichen Untersuchung“ als gedruckter Vertriebsartikel sowie die digitale Abrufbarkeit der Formblätter zur ehrenamtlichen Mitwirkung werden wir Sie zu gegebener Zeit informieren.

Wir bitten Sie, Ihre Untergliederungen zu unterrichten und ihnen die Unterlagen als Datei zur Verfügung zu stellen.

Mit freundlichen Grüßen

i.A.

gez. Richert, 26.06.2005

Dr. Johannes Richert

Bereichsleiter

Nationale Hilfsgesellschaft

Internationale Zusammenarbeit

P:\TEAM 23\Rundschreiben-23\2005\029-05 Allgemeine Helferuntersuchung.doc

Anamnese- und Untersuchungsbogen

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

Personaldaten (Bitte lesbar ausfüllen.)

Familienname	Vorname	Anschrift
Geburtsname	Geburtsdatum	Telefon

Medizinische Vorgeschichte**Anamnese und ärztliche Untersuchung**

(Zutreffendes bitte ankreuzen ☒.)

Nein Ja Tragen Sie ein Hörgerät? ☐ ☐ Tragen Sie Kontaktlinsen oder eine Brille? ☐ ☐ Befanden Sie sich in der letzten Zeit in ärztlicher Behandlung? ☐ ☐ Wenn Ja, weswegen? _____ _____ _____ Nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf Medikamente (auch Salben, Sprays, Pflaster, Kopfschmerz-Tabletten,...) ein? ☐ ☐ 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? ☐ ☐ Wenn ja, welche und wann? _____ _____ _____	
--	--

Medizinische Vorgeschichte**Anamnese und ärztliche Untersuchung**

(Zutreffendes bitte ankreuzen ☒.)

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen:	Nein	Ja	<u>auffälliger Befund</u>	
			o.B.	↓
Augenerkrankung (z.B. grüner Star?)	☐	☐	Sehfähigkeit grob orientierend (z.B. starke oder stärkere Sehbeeinträchtigung, Sehleistung ohne Glas unter 0,3)	☐ ☐
Ohrenerkrankung? Gleichgewichtsstörungen?	☐	☐	Farbsehen grob orientierend (z.B. Farbsehen gestört)	☐ ☐
Nervenleiden (z.B. Lähmungen, Epilepsie)?	☐	☐	Hörvermögen grob orientierend (z.B. Hörvermögen von weniger als 5m Umgebungssprache auf jedem Ohr)	☐ ☐
Gemütsleiden (z.B. Depressionen)?	☐	☐	Grob orientierende neurologische Untersuchung (z.B. jede Art von Anfallsleiden, Z.n. Apoplex)	☐ ☐
Schilddrüsenerkrankungen (z.B. Kropf? Über- oder Unterfunktion)?	☐	☐	Orientierender Eindruck (z.B. erhebliche Nerven- oder Gemütsleiden)	☐ ☐
Lungen- oder Atemwegserkrankungen (z.B. Tuberkulose, Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung)?	☐	☐	Untersuchung Hals (z.B. symptomatische Funktionsstörungen)	☐ ☐
Herzerkrankung (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Herzmuskelschwäche, Herzrhythmusstörungen)?	☐	☐	Auskultation Perkussion Thoraxform Thoraxbeweglichkeit (z.B. Erkrankungen des Thorax oder der Atmungsorgane, die die Lungenfunktion beeinträchtigen)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Kreislauf- und Gefäßerkrankungen (z.B. Durchblutungsstörungen, hoher oder niedriger Blutdruck, Thrombose, Embolie)?	☐	☐	Auskultation Pulsfrequenz RR bds. Kreislaufsystem orientierend (z.B. Einschränkungen der Belastbarkeit oder Regulation durch Erkrankungen oder Veränderungen des Herzens oder des Kreislaufsystems, starke oder stärkere Blutdruckveränderungen)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Lebererkrankungen (z.B. Leberentzündung, Gelbsucht, Hepatitis)?	☐	☐	Untersuchung des Abdomens (z.B. Hernien, veränderte Lebergröße, -oberfläche als Hinweis auf eine Lebererkrankung, Hepatitis)	☐ ☐
Erkrankungen des Verdauungstraktes (z.B. Magenerkrankungen, Darmerkrankungen)?	☐	☐		
Nieren- und Harnwegserkrankungen (z.B. Nierenentzündungen)?	☐	☐		
Erkrankungen des Skelettsystems (z.B. Wirbelsäulenschäden, Gelenkerkrankungen)?	☐	☐	Skelett insbesondere Wirbelsäule Gliedmaßen Gelenke (z.B. Erkrankungen des Bewegungs- oder Stützapparates oder Thorax mit Funktionseinschränkungen)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen:			
	Nein	Ja	
Muskelerkrankungen, -schwäche?	☐	☐	(z.B. Muskel- oder Stoffwechselerkrankungen, welche die Belastbarkeit einschränken)
Stoffwechselerkrankung (z.B. Zuckerkrankheit, Diabetes)?	☐	☐	
Bluterkrankungen oder erhöhte Blutungsneigung (z.B. Neigung zu Nasenbluten, blauen Flecken ohne besonderen Anlass)?	☐	☐	
Allergien / Überempfindlichkeits-Reaktionen (z.B. Heuschnupfen, Allergie gegen Lebensmittel, Tierhaare, Medikamente, Latex)?	☐	☐	
Suchterkrankung (z.B. Alkohol- oder andere Drogensucht, regelmäßiger Drogengebrauch)?	☐	☐	
Ansteckende Erkrankungen (z.B. Tuberkulose, HIV/AIDS, Gelbsucht, Hepatitis)?	☐	☐	
Sonstige, hier nicht aufgeführte Erkrankungen (z.B. des Immunsystems, Hauterkrankungen, Tumore, Vergiftungen)? Wenn ja, bitte nähere Angaben:	☐	☐	
Ich bin in den letzten 10 Jahren geimpft worden gegen: (Bitte Impfnachweis mitbringen!)			
Hiermit versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben			
Ort/Datum	Unterschrift	Datum	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 Blatt4, „Ergebnis der ärztlichen Untersuchung“. In der rechten Spalte haben wir die Rotkreuztätigkeiten in Oberbegriffen für Sie zusammengefasst.

Ergebnis der ärztlichen Untersuchung

Formularverteilung: 1x in die DRK-Personalakte, 1x verbleibt beim Helfenden, 1x verbleibt beim untersuchenden Arzt

Personaldaten (Bitte lesbar ausfüllen.)

Familienname	Vorname
Geburtsname	Geburtsdatum Tag Monat Jahr

Angaben zur Untersuchung (Zutreffendes bitte ankreuzen ☐.)

Erstuntersuchung ☐	Erstuntersuchung ☐
Untersuchung nach 5 Jahren ☐	Untersuchung nach 5 Jahren ☐
Nachgehende Untersuchung ☐	Nachgehende Untersuchung ☐
Die Untersuchung am Tag Monat Jahr ergab	Die Untersuchung am Tag Monat Jahr ergab
keine gesundheitlichen Bedenken ☐	keine gesundheitlichen Bedenken ☐
gesundheitliche Bedenken (deshalb → <u>Einschränkung</u>) ☐	gesundheitliche Bedenken (deshalb → <u>Einschränkung</u>) ☐
Nächste Untersuchung Monat Jahr	Nächste Untersuchung Monat Jahr

Einschränkung
der Rotkreuztätigkeit ...

- ...beim Heben und Tragen
schwerer Lasten ☐
- ...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 ☐
- Der Helfer sollte nur in
Begleitung tätig werden ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

Impfstatus

Vollständige Grundimmunisierung vorhanden gegen		
	Nein	Ja
Tetanus	☐	☐
Hepatitis B	☐	☐
Andere	☐	☐

Stempel/Unterschrift Arzt Ort/Datum	Stempel/Unterschrift Arzt Ort/Datum
--	--

Bemerkungen
