

Deutsches Rotes Kreuz - Carstennstr. 58 - 12205 Berlin

**An**

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

**- vorab per Email-**

Aktenzeichen	Bereich/Team
up-2005-rs029	2/27
<u>Bei Beantwortung bitte angeben</u>	2/23

Ihr Schreiben	Ihr Zeichen	Bearbeiterinnen	Durchwahl	Anlagen	Datum
-	-	<b>Christine Lettang</b> <b>Ulrike Pantzer</b> Email: lettangc@drk.de pantzeru@drk.de	402 373	4	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?	<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, Kopfschmerz-Tabletten,...) 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"/>
_____		
_____		
_____		

**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?)	<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"/>
Ohrenerkrankung? Gleichgewichtsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Farbsehen grob orientierend (z.B. Farbsehen gestört)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenleiden (z.B. Lähmungen, Epilepsie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hörvermögen grob orientierend (z.B. Hörvermögen von weniger als 5m Umge- bungssprache auf jedem Ohr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemütsleiden (z.B. Depressionen)?	<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"/>
Schilddrüsenerkrankungen (z.B. Kropf? Über- oder Unterfunktion)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orientierender Eindruck (z.B. erhebliche Nerven- oder Gemütsleiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungen- oder Atemwegserkrankungen (z.B. Tuberkulose, Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Untersuchung Hals (z.B. symptomatische Funktionsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankung (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Herzmuskelschwäche, Herzrhythmusstörungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auskultation Perkussion Thoraxform Thoraxbeweglichkeit (z.B. Erkrankungen des Thorax oder der Atmungs- organe, die die Lungenfunktion beeinträchtigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislauf- und Gefäßerkrankungen (z.B. Durchblutungsstörungen, hoher oder niedriger Blutdruck, Thrombose, Embolie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auskultation Pulsfrequenz RR bds. Kreislaufsystem orientierend (z.B. Einschränkungen der Belastbarkeit oder Re- gulation durch Erkrankungen oder Veränderungen des Herzens 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, -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"/>			
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 Stützap- parates oder Thorax mit Funktionseinschrän- kungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen:</b>	<b>Nein</b>	<b>Ja</b>	
Muskelerkrankungen, -schwäche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>(z.B. Muskel- oder Stoffwechselerkrankungen, welche die Belastbarkeit einschränken)</i>
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)? Wenn ja, bitte nähere Angaben: _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/>	Erstuntersuchung <input type="checkbox"/>
Untersuchung nach 5 Jahren <input type="checkbox"/>	Untersuchung nach 5 Jahren <input type="checkbox"/>
Nachgehende Untersuchung <input type="checkbox"/>	Nachgehende Untersuchung <input type="checkbox"/>
Die Untersuchung am Tag    Monat    Jahr ergab	Die Untersuchung am Tag    Monat    Jahr ergab
keine gesundheitlichen Bedenken <input type="checkbox"/>	keine gesundheitlichen Bedenken <input type="checkbox"/>
gesundheitliche Bedenken (deshalb →Einschränkung) <input type="checkbox"/>	gesundheitliche Bedenken (deshalb →Einschränkung) <input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

**Bemerkungen**

---



---



---



---