



Fragebogen G-Untersuchung und Impfstatus

(zutreffendes bitte ankreuzen)

.....
Geschäftsführerbereich

.....
Ortsverband

.....
Name Vorname Geburtsdatum

- Status:** Helferin / Helfer Expertin / Experte Reservehelferin / Reservehelfer
 Junghelferin / Junghelfer Althelferin / Althelfer Anwärterin / Anwärter

1. G-Untersuchung

- | | | | | |
|--------------------------|----------|---|---------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | TT | - Tropentauglichkeit (G35) | untersucht am:..... | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> | TTN | - TT-Nachuntersuchung (G35) | untersucht am:..... | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> | Lufu | - Lungenfunktionsprüfung mind. 80% | untersucht am:..... | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> | B-EKG | - Belastungs - EKG mind. 150 W | untersucht am:..... | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> | ErstU | - Erstuntersuchung für Helferaufnahme | untersucht am:..... | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> | Must | - Musterung (< 6 Monate) | untersucht am:..... | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> | G26,1 | - Atemschutz, allgemein (G26.1) | untersucht am:..... | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> | G26,2 | - Atemschutz, leicht (G26.2) | untersucht am:..... | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> | G26,3 | - Atemschutz, schwer (G26.3) | untersucht am:..... | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> | G25 | - Medizinisches Gutachten gem. FeV ¹ | untersucht am:..... | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> | G31 | - Tauchen (G31) | untersucht am:..... | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> | G41 | - Höhenrettung (G41) | untersucht am:..... | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> | Seh | - Augenärztliches Gutachten gem. FeV | untersucht am:..... | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> | SehB | - Seh- und Hörtest für Bootsführer | | |
| | | nach DIN 58220 | untersucht am:..... | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> | Küche | - Gesundheitszeugnis | untersucht am:..... | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> | Sonstige | - | untersucht am:..... | gültig bis:..... |
| | | - | untersucht am:..... | gültig bis:..... |

¹ FeV: Verordnung über die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr (Fahrerlaubnis-Verordnung)



Fragebogen G-Untersuchung und Impfstatus

(zutreffendes bitte ankreuzen)

2. Impfstatus

Ich besitze eine(n) gültige(n) Impfpass / Impfbescheinigung ja nein

wenn ja – Impfungen in nachfolgende Aufstellung eintragen!
Dokument oder Kopie mit diesem Vordruck beim OV vorlegen!

wenn nein – Impfungen, soweit bekannt, in nachfolgende Aufstellung eintragen!

Impfungen für jeden Helfer bzw. jede Helferin:

- | | | | |
|--------------------------------|------------------|-------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Tet1 | -Tetanus (G) | geimpft am: | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> Tet2 | -Tetanus (A) | geimpft am: | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> Diph1 | -Diphtherie (G) | geimpft am: | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> Diph2 | -Diphtherie (A) | geimpft am: | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> HepA1 | -Hepatitis A (G) | geimpft am: | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> HepA2 | -Hepatitis A (A) | geimpft am: | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> HepB1 | -Hepatitis B (G) | geimpft am: | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> HepB2 | -Hepatitis B (A) | geimpft am: | gültig bis:..... |

Zusätzliche Impfungen für die Expertinnen und Experten:

- | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|-------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Pol1 | -Poliomyelitis (G) | geimpft am: | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> Pol2 | -Poliomyelitis (A) | geimpft am: | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> Gelb1 | -Gelbfieber (G) | geimpft am: | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> Gelb2 | -Gelbfieber (A) | geimpft am: | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> Maser | -Masern | geimpft am: | lebenslange Immunität |
| <input type="checkbox"/> Men1 | -Meningokokken – ACWY (G) | geimpft am: | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> Men2 | -Meningokokken – ACWY (A) | geimpft am: | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> Menin1 | -Meningokokken (G) | geimpft am: | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> Menin2 | -Meningokokken (A) | geimpft am: | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> Typhim1 | -Typhus im. (G) | geimpft am: | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> Typhim2 | -Typhus im. (A) | geimpft am: | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> Typhor1 | -Typhus oral (G) | geimpft am: | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> Typhor2 | -Typhus oral (A) | geimpft am: | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> Tol1 | -Tollwut (G) | geimpft am: | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> Tol2 | -Tollwut (A) | geimpft am: | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> FSME1 | - Meningitis (Zeckenbiss) (G) | geimpft am: | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> FSME2 | - Meningitis (Zeckenbiss) (A) | geimpft am: | gültig bis:..... |



Fragebogen G-Untersuchung und Impfstatus

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Impfungen für die keine generelle Empfehlung besteht:

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------------|-------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Pert1 | -Pertussis (Keuchhusten) (G) | geimpft am: | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> Pert2 | -Pertussis (Keuchhusten) (A) | geimpft am: | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> Cholsc1 | -Cholera sc (G) | geimpft am: | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> Cholsc2 | -Cholera sc (A) | geimpft am: | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> Cholor1 | -Cholera oral (G) | geimpft am: | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> Cholor2 | -Cholera oral (A) | geimpft am: | gültig bis:..... |
| <input type="checkbox"/> Infl | -Influenza (H1N1) | geimpft am: | jährliche Impfung |
| <input type="checkbox"/> JapE1 | -Japanische Encephalitis (G) | geimpft am: | derzeit keine Angaben |

Sonstige:

- | | | | |
|--------------------------------|---------------------------|-------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> H1N1 | -Schweinegrippe | geimpft am: | derzeit keine Angaben |
| <input type="checkbox"/> TBC | -Tuberkuloseschutzimpfung | geimpft am: | derzeit keine Angaben |
| <input type="checkbox"/> _____ | - (G)/(A) | geimpft am: | gültig bis:..... |

Bitte beachten !

- **G** steht für Grundimmunisierung, **A** für Auffrischung
- es sind nur vollständig abgeschlossene Impfungen zu erfassen.
- bei Titerbestimmung ist ein ausreichender Titer wie eine Impfung anzusehen
- es sind nur die Daten der jeweils letzten Impfung anzugeben
- neue Impfungen und jede Auffrischung von Impfungen sind zeitnah nachzureichen

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der HelferIn / des Helfers

bei Jugendlichen -

.....
Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten