

Landesrettungsverein Weißes Kreuz  
Dr. Georg RAMMLMAIR  
Lorenz-Böhler-Str. 3

39100 BOZEN

## ÄRZTLICHES ZEUGNIS des Vertrauensarztes über die Eignung für die freiwillige Mitarbeit beim Landesrettungsverein Weißes Kreuz

### 1. Angaben zur Person

Nachname (ledig):	Vorname:	Geboren in / am	
Wohnhaft in:		Straße:	
Tel. Privat:		Tel. Arbeit:	
Handynummer:		E – Mail:	

### 2. Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand:			
Gewicht:		Größe:	
		Herzfrequenz:	
		Blutdruck:	
Neurologie:			
Herz / Kreislauf:			
Lunge:			
Stoffwechsel:			
Muskuloskelettales System:			
Anderes:			

Nachname (ledig):	Vorname:	Geboren in / am:

### 3. Bei der Untersuchung wurden folgende Kriterien berücksichtigt

**Die/der BewerberIn darf nicht an einer Erkrankung folgender Organe/Organsysteme leiden:**

- Herz- und Kreislaufsystem
- Lungen und Atemwege
- Stoffwechselkrankheiten und Störungen des endokrinen Systems

**Die gesundheitliche Eignung umfaßt die körperliche und geistige Gesundheit.**

- Die Sehkraft muß mit Brille voll ausgleichbar sein.
- Das Hörvermögen muß ohne Hörhilfe normal sein.
- Bewegungsapparat, insbesondere Wirbelsäule und Bandscheiben, müssen frei von Beschwerden sein
- Bauchwandbrüche (Hernien) und behindernde Krampfadern dürfen nicht vorliegen
- Die/der BewerberIn muß frei von ansteckenden und ekelerregenden Krankheiten sein
- Die/der BewerberIn darf nicht an einer neurologischen Krankheit leiden (z.B. Epilepsie)
- Die/der BewerberIn muss frei von psychiatrischen Krankheiten sein und über psychischer Stabilität verfügen
- Die/der BewerberIn muß die chronische Einnahme von Medikamenten angeben
- Impfstatus (Hepatitis B Impfung ist obligatorisch!)

### 4. Urteil des Arztes über die Tauglichkeit:

Tauglich für eine freiwillige Mitarbeit beim Weißen Kreuz:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> *	Bedingt <input type="checkbox"/> *
--	-----------------------------	---------------------------------	------------------------------------

*Bemerkungen des Arztes:	
--------------------------	--

Datum:		Stempel und Unterschrift des Arztes:	
--------	--	--------------------------------------	--

Datum:		Gegengezeichnet durch den Sanitätsdirektor des WK:	
--------	--	--	--