



Ärztliches Attest über die Eignung für die freiwillige Mitarbeit beim Landesrettungsverein Weißes Kreuz

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

Die gesundheitliche Eignung für die freiwillige Mitarbeit beim Weißen Kreuz ist dann nicht gegeben, wenn Obengenannte/r eine schwerwiegende Erkrankung aufweist:

- Verminderte körperliche Leistungsfähigkeit bei Herz- und Kreislauferkrankungen bzw. Lungenkrankheiten
- Stoffwechselkrankheiten und Störungen des endokrinen Systems (z.B. schlecht eingestellter Diabetes mellitus)
- starke Beeinträchtigung des Seh- und Hörvermögens
- eine Suchterkrankung vorliegt
- neurologische Krankheiten wie Bewusstseinsstörung, Gleichgewichtsstörung, Epilepsie
- starke Einschränkungen des Bewegungsapparates (vor allem im Bereich der Wirbelsäule und Bandscheiben)
- ausgeprägte Bauchwandbrüche (Hernien)

Obengenannte/r ist nach durchgeführter körperlicher Untersuchung, für die freiwillige Mitarbeit beim Weißen Kreuz, ausreichend körperlich und psychisch belastbar:

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> *	Bedingt <input type="checkbox"/> *
*Bemerkung:		

Obengenannte/r ist frei von ansteckenden Krankheiten:

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> *
*Bemerkung:	



Nachname:	Vorname:	Geboren in / am

Obengenannte/r weist folgende Pathologie auf

Herz/ Kreislauf	<input type="checkbox"/> *	*Bemerkung:
Lunge	<input type="checkbox"/> *	
Stoffwechsel/Endokrinologie	<input type="checkbox"/> *	
Neurologische Erkrankung	<input type="checkbox"/> *	
Muskuloskelettales System	<input type="checkbox"/> *	
Allergie	<input type="checkbox"/> *	
Dauermedikation (optional)	<input type="checkbox"/> *	
Anderes	<input type="checkbox"/> *	

Obengenannte/r ist für eine freiwillige Mitarbeit beim Weißen Kreuz tauglich:

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> *	Bedingt <input type="checkbox"/> *
*Bemerkung		

Der/die Antragssteller*in

- verpflichtet sich jegliche Änderungen des Gesundheitszustandes unverzüglich der Sanitätsdirektion mitzuteilen
- wurde ausreichend über mögliche Infektionskrankheiten und empfohlenen Impfungen aufgeklärt

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

Datum:		Unterschrift Antragssteller*in	
--------	--	--------------------------------	--

Datum:		Stempel und Unterschrift Sanitätsdirektor Weißes Kreuz:	
--------	--	---	--