



## Ärztliche Untersuchung

zur Anmeldung für die Ausbildung zum Rettungssanitäter

(geschützte, personenbezogene Daten werden nach den Vorschriften des Bayer. Datenschutzgesetzes behandelt)

### Angaben des Bewerbers / der Bewerberin:

Vor- und Zuname \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Durchgemachte Erkrankungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Verbliebene Beschwerden nach Unfällen/Krankheiten \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind bei Eltern, Geschwistern, Großeltern Stoffwechselerkrankungen, Krampfleiden,  
Erb- oder Nervenkrankheiten bekannt?

nein       ja Welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Erhaltene Schutzimpfungen gegen

Tetanus       nein       ja

Hepatitis B       nein       ja

Ich erkläre hiermit, daß ich vorstehende Angaben wahrheitsgetreu abgegeben habe.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)



## Ärztlicher Befund

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg      Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Allgemeinzustand: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Herz und Kreislauf: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Abdomen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hörfähigkeit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Augen: \_\_\_\_\_

Brillenträger/in:     nein     ja      Dioptrienzahl: \_\_\_\_\_

Sehvermögen  
ohne Brille: \_\_\_\_\_      mit Brille: \_\_\_\_\_

Nachtblindheit:     ja     nein      Farbenblindheit:  ja     nein

Psychischer Gesamteindruck: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergien:       nein       ja      welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Gesamtbeurteilung:** Die untersuchte Person ist nicht wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche ihrer geistigen oder körperlichen Kräfte oder einer Sucht zur Ausübung der Tätigkeit des Rettungssanitäters unfähig oder ungeeignet.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift des Arztes)

Der Untersuchungsbogen wird bei den persönlichen Schulunterlagen aufbewahrt  
und darf nur durch berechtigte Personen eingesehen werden.