

Ausbildung zum Notfallsanitäter Arbeitsmedizinische Untersuchung

Hiermit wird bestätigt, dass

Vorname Name:

Geboren am:

am: _____

von mir arbeitsmedizinisch untersucht wurde.

_____ ist für die Tätigkeit als Notfallsanitäter*in

- ☐ geeignet.
- ☐ unter Auflagen geeignet.
- ☐ nicht geeignet.

(bitte kreuzen Sie bei Untersuchungen und Impfungen Zutreffendes an, Fehlendes nicht ankreuzen)

Folgende **Untersuchungen** wurden durchgeführt:

- ☐ G 24 (Hautbelastung) Kopie des Nachweises beilegen
- ☐ G 42 (Infektionsgefährdung) Kopie des Nachweises beilegen
- ☐ G 46 (Belastung des Halte- und Bewegungsapparates) Kopie des Nachweises beilegen

Aktueller **Impfstatus / Immunstatus** besteht für:

- ☐ Hepatitis A
- ☐ Hepatitis B
- ☐ Tetanus
- ☐ Diphtherie
- ☐ Poliomyelitis (Kinderlähmung)
- ☐ Pertussis (Keuchhusten)
- ☐ Mumps
- ☐ Masern
- ☐ Röteln
- ☐ COVID-19

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Betriebsarzt / Amtsarzt