

# Erhebungsbogen

Ersthelfer

## Erhebungsbogen für die Ermächtigung als Stelle zur Aus- und Fortbildung von Ersthelfern nach § 26 Abs. 2 DGUV Vorschrift 1 „Grundsätze der Prävention“

**Wichtiger Hinweis:** Bitte füllen Sie alle vorgegebenen Felder maschinell oder gut leserlich aus. Sollte der vorgegebene Platz nicht ausreichen, fügen Sie bitte Zusatzblätter unter Angabe der jeweiligen Abschnittsnummer bei. Fehlende oder nicht ausreichende Angaben führen zu Nachfragen und Zeitverzögerungen.

Nr.	Erhebung	Hinweise zur Bearbeitung
1.	<b>DATEN ZUM ANTRAGSTELLER</b>	
1.1	<b>Unternehmen</b>	
	Bezeichnung, Rechtsform	
	Anschrift	
	Telefon	
	Fax	
	E-mail	
	Internet	
	Ansprechpartner	Für etwaige Rückfragen bei der Bearbeitung der Unterlagen
1.2	<b>Mitgliedschaft bei Unfallversicherungsträger</b>	
	Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse	Mitgliedschaft Ihres <u>eigenen</u> Betriebes
	Mitglieds-Nr.	

2.	<b>PERSONELLE VORAUSSETZUNGEN</b>	
2.1	<b>Verantwortlicher Arzt</b>	vgl. DGUV Grundsatz 304-001, Abs. 2.2.1
	Name, Vorname	<b>Qualifikationsnachweise</b> <b>z.B. Fachkundenachweis</b> <b>„Rettungsmedizin“ oder</b> <b>Facharzt Anästhesie sowie</b> <b>Vereinbarung zwischen Ihrem Unternehmen und dem verantwortlichen Arzt über die ärztliche Aufsicht in Kopie beifügen</b>
	Geburtsdatum	
	Anschrift	
	Qualifikation(en)	

<b>2.2</b>	<b>Lehrkräfte</b>		vgl. DGUV Grundsatz 304-001, Abs. 2.2.2	
	Name, Vorname			
	Geboren am			
	Medizinisch/ fachliche Qualifikation	Art der Qualifikation: Dauer:	<i>Nachweise beifügen, aus denen Zeitraum und Dauer (UE) der Qualifizierungsmaßnahme erkennbar ist, z.B. Teilnahmebescheinigung/Zeugnis</i>	
	Pädagogische Qualifikation	Art der Qualifikation: absolviert vom – bis: absolviert bei:		
	ggf. Fortbildung innerhalb der letzten 3 Jahre	Art der Qualifikation: absolviert vom – bis: absolviert bei:		
	Name, Vorname			
	Geboren am			
	Medizinisch/ fachliche Qualifikation	Art der Qualifikation: Dauer:	<i>Nachweise beifügen, aus denen Zeitraum und Dauer (UE) der Qualifizierungsmaßnahme erkennbar ist, z.B. Teilnahmebescheinigung/Zeugnis</i>	
	Pädagogische Qualifikation	Art der Qualifikation: absolviert vom – bis: absolviert bei:		
	ggf. Fortbildung innerhalb der letzten 3 Jahre	Art der Qualifikation: absolviert vom – bis: absolviert bei:		
	Name, Vorname			
	Geboren am			
Medizinisch/ fachliche Qualifikation	Art der Qualifikation: Dauer:	<i>Nachweise beifügen, aus denen Zeitraum und Dauer (UE) der Qualifizierungsmaßnahme erkennbar ist, z.B. Teilnahmebescheinigung/Zeugnis</i>		
Pädagogische Qualifikation	Art der Qualifikation: absolviert vom – bis: absolviert bei:			
ggf. Fortbildung innerhalb der letzten 3 Jahre	Art der Qualifikation: absolviert vom – bis: absolviert bei:			

<b>2.3</b>	<b>Erfahrung in Organisation und Durchführung der Ersten Hilfe</b>			vgl. DGUV Grundsatz 304-001, Abs. 2.2.3
	Eigener Rettungsdienst	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anzahl der KTW/RTW	_____
	Falls kein eigener Rettungsdienst >>> in der präklinischen Notfallmedizin tätige <u>und</u> anerkannte Lehrkraft			
	Name, Vorname		tätig seit	
				<b>Bestätigung des Rettungsdienstes/Sanitätsdienstes ist beizufügen *)</b>
<b>2.4</b>	<b>Versicherungsschutz</b>			vgl. DGUV Grundsatz 304-001, Abs. 2.2.4
	Haftpflichtversicherung abgeschlossen bei			
				Personen und Sachschäden müssen abgedeckt sein. <b>Bescheinigung in Kopie beifügen</b>

<b>3.</b>	<b>SACHLICHE VORAUSSETZUNGEN</b>		
<b>3.1</b>	<b>Ausbildungsstätte</b>		vgl. DGUV Grundsatz 304-001, Abs. 2.3
	Anschrift		Raum mind. 50 m <sup>2</sup> ; sofern sich der Raum nicht in Ihrem Eigentum befindet ist eine Rahmennutzungsvereinbarung vorzulegen.
	Größe des Lehrgangsraumes (Grundfläche)	ca. _____ m <sup>2</sup>	
<b>3.2</b>	<b>Sanitäreinrichtungen</b>		
	Toiletten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Waschgelegenheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>3.3</b>	<b>Unterrichtsmittel</b>		
	Tageslichtprojektor und/oder Beamer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Tafel und/oder Flip-Chart	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Decken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Mindestens 2 Übungsgeräte zur Herz-Lungen-Wiederbelebung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	für die Mund-zu-Mund <b>und</b> Mund-zu-Nase-Beatmung
	Sturzhelm für Motorradfahrer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Verbandkasten DIN 13157	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sonstige Erste-Hilfe-Materialien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

\*) Eine Tätigkeit im Sanitätsdienst kann als vergleichbar angesehen werden, wenn sie qualitativ dem Einsatzaufkommen im öffentlichen Rettungsdienst entspricht.

	AED-Demonstrations-/ Trainingsgerät	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Aktuellen Wiederbelebungsrichtlinien entsprechend
	Sonstige Materialien		z.B. Modelle
<b>3.4</b>	<b>Desinfektion</b>		
	Handlungsanleitung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Detaillierte Beschreibung des Reinigungsprozesses
	Rückverfolgbarer Nachweis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dokumentation <b>beifügen</b>

<b>4.</b>	<b>ORGANISATORISCHE VORAUSSETZUNGEN</b>				
<b>4.1</b>	<b>Betriebsgröße</b>				
	Anzahl der fest angestellten Mitarbeiter				Grundlage ist das gesamte Unternehmen – nicht nur der Bildungsbereich
	Anzahl freier Mitarbeiter / Honorarkräfte				
<b>4.2</b>	<b>Vorgesehene Ausbildungsleistung</b>				vgl. DGUV Grundsatz 304-001, Abs. 2.4.2
	Jährliche vorgesehene Ausbildungsleistung	Lehrgänge		Teilnehmer gesamt	
	Jährliche vorgesehene Fortbildungsleistung	Lehrgänge		Teilnehmer gesamt	
<b>4.3</b>	<b>Unterlagen für Lehrkräfte</b>				vgl. DGUV Grundsatz 304-001, Abs. 2.4.3 sowie Anhang 1, 2 und 3
	Eigener Leitfaden		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Die Unterlagen sind als Muster beizufügen.
	Leitfaden einer gemäß DGUV Grundsatz 304-001, Abschnitt 3, zertifizierten Stelle		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Falls ja, Kaufbeleg oder Beschaffungsnachweis beilegen
	Foliensätze oder andere Präsentationen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>4.4</b>	<b>Unterlagen für die Teilnehmer</b>				vgl. DGUV Grundsatz 304-001, Abs. 2.4.4
	DGUV Information 204-007 „Handbuch zur Ersten Hilfe“		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Andere zugelassene Teilnehmerunterlagen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Muster beilegen

<b>4.5</b>	<b>Dokumentation</b>		vgl. DGUV Grundsatz 304-001, Abs. 2.4.6
	Dokumentation über die Aus- und Fortbildung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Folgende Aufzeichnungen sind notwendig: - Aus- oder Fortbildung - Ort/Zeit der Maßnahme - verantwortlicher Arzt - Lehrkraft - Masken-Charge - Teilnehmer (Name, Geburtsdatum, Unterschrift, Arbeitgeber, UV-Träger)
<b>4.6</b>	<b>Teilnahmebescheinigung</b>		vgl. DGUV Grundsatz 304-001, Abs. 2.4.5
	DGUV-Teilnahmebescheinigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Eigene Bescheinigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Muster beifügen</b>

<b>5.</b>	<b><u>ERKLÄRUNG</u></b>	
	Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, welche die Grundlage für die Ermächtigung als Stelle für die Aus- und Fortbildung gemäß § 26 Abs. 2 DGUV Vorschrift 1 „Grundsätze der Prävention“ darstellen.	
	_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift (Stempel)