

**Persönlich/Vertraulich**

Das Formular ist nach erfolgter Untersuchung **vom / von der Freiwilligen** bei der folgenden Entsendeorganisation (EO) **einzureichen**:

(EO-Bezeichnung): \_\_\_\_\_

(EO-Adresse): \_\_\_\_\_

(EO-Ansprechperson): \_\_\_\_\_

**Nachsorge-Bescheinigung für Freiwillige im Programm „weltwärts“** (nach Rückkehr)**Angaben zum / zur Freiwilligen**

*(von der Entsendeorganisation auszufüllen)*

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_

**Anlass:** **Ausland (Klima, Infektion, besondere Gesundheitsrisiken)**

Einsatzland: \_\_\_\_\_

Region / Bereich: \_\_\_\_\_

Art der Untersuchung:  nach G 35 (E 35) - Standard *oder*  formlose Nach-Untersuchung

Einsatzdauer (Datum): **von:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_

*(von der/dem behandelnden Ärztin/ Arzt auszufüllen)*

Datum der Nach-Untersuchung und Beratung: \_\_\_\_\_

**I. Untersuchungsumfang (primär für die Untersuchung nach G35 (E35) – Standard)**

Die GOÄ-Positionen gemäß (Basis-)Leistungskatalog waren für die Untersuchung ausreichend.

Die GOÄ-Positionen gemäß (Basis-)Leistungskatalog waren für diese Untersuchung nicht ausreichend und es waren zusätzliche Leistungen erforderlich, da *(bitte Begründung)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**II. Ergebnis:**

Basierend auf den Ergebnissen der oben benannten Untersuchung besteht kein Verdacht, dass der Einsatz des / der Freiwilligen eine Gesundheitsstörung hinterlassen haben könnte.

- Basierend auf den Ergebnissen der oben benannten Untersuchung besteht der Verdacht, einer Gesundheitsstörung nach der Berufskrankheiten VO.  
Die vorgeschriebene ärztliche Anzeige gemäß § 3 Unfallversicherungs-Anzeigeverordnung an den hier zuständigen Unfallversicherungsträger (UVB - *Unfallversicherung Bund und Bahn*) ist erfolgt bzw. wird unverzüglich vorgenommen.
  
- Der/die Freiwillige wurde über das Ergebnis der Untersuchung sowie gegebenenfalls dem Erfordernis einer notwendigen Anzeige gegenüber der UVB informiert.

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes:

*(bei Einsätzen in (sub-)tropischen Regionen: Tropen-, Arbeits.-Betriebs- oder Reisemediziner/-in erforderlich)*

-----