

# HAFTUNGSFREISTELLUNGSERKLÄRUNG

**für Teilnehmer an Expeditionen des  
ALFRED-WEGENER-INSTITUT FÜR POLAR- UND MEERESFORSCHUNG  
Bundesrepublik Deutschland**

Soweit nach den in der Bundesrepublik Deutschland geltenden Gesetzen zulässig, verzichte ich auf Ansprüche gegen das Alfred-Wegener-Institut für Polar- und Meeresforschung (AWI) und seine Erfüllungsgehilfen wegen aller Schäden, die mir während meiner Teilnahme an der Expedition des AWI entstehen, soweit sie nicht auf Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zurück zu führen sind.

Ich hafte im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften für Schäden, die ich im Rahmen der Expeditionen schuldhaft verursache und stelle das AWI insoweit von Ansprüchen Dritter frei.

Expedition: Neumayer-Station III, Überwinterung 2013

Name: Tux der Pinguin

Anschrift: Friedenschule Baesweiler  
Grabenstr. 13

D-52499 Baesweiler

Tux 3.12.2012

Datum / Unterschrift

Die Haftungsfreistellungserklärung ist von allen Expeditionsteilnehmern/Expeditionsteilnehmerinnen zu unterzeichnen, die nicht in einem Anstellungsverhältnis mit dem AWI stehen.

Senden Sie das Original der Haftungsfreistellungserklärung zusammen mit dem Personalfragebogen an folgende Adresse:

Gerneinschaftsgrundschule i  
-Friedenschule-  
52499 Baesweiler  
Stadt Baesweiler

Alfred-Wegener-Institut  
für Polar- und Meeresforschung  
Bereich Logistik  
Postfach 12 01 61  
27515 Bremerhaven

## AUSRÜSTUNGLISTE

### Equipment List

Polargebiete Inland / Sommer – polar regions inland / summer

Der Listenkopf ist **vollständig** auszufüllen, da sonst die Ausrüstung nicht ausgegeben werden kann. Die Ausrüstung erfolgt nach den im Listenkopf angegebenen Größen. Nicht gewünschte Artikel sind auf der Liste durchzustreichen.  
 Please fill in **all** necessary information below; otherwise the equipment cannot be handed out. You will be equipped according to the sizes you specify. Please cross out all items you don't need.

Name - Surname: <b>Pinguin</b>	Vorname - Given name: <b>Tux</b>	e-mail:
Straße - street: <b>Grabenstr. 13 Baesweiler</b>		Tel:
Plz., Wohnort - postal code, city: <b>Friedenschule</b>		Fax:
Institut - Institute: <b>Pinguin klasse, 1c</b>		Abt. - dept.:
Expedition - project	Transport mit - transport by:	Aufenthaltszeitraum - period of stay: <b>2012 - 2014</b>
Körpergröße - body height: <b>35 cm</b>	Konfektionsgröße - suit size:	Hemdgröße (XS-XXL) - shirt size: <b>brauche kein Hemd</b>
Schuhgröße - shoe size:	Handschuhgröße - glove size:	Hutgröße - hat size:

Brillenträger - spectacle wearer:  ja - yes  nein - no

Bezeichnung - description:	Größe - size	Menge - quantity
Seesack - duffle bag		3 <input checked="" type="checkbox"/>
Schlafsack Daunen - sleeping bag (down)		1 <input checked="" type="checkbox"/>
Isoliermatte 2000 x 600 x 20 mm - mattress, isolated		1 <input checked="" type="checkbox"/>
Pullover - pullover		1 <input checked="" type="checkbox"/>
Weste Daunen - waistcoat (down)		1 <input checked="" type="checkbox"/>
Jacke Parka m. Pelz - parka with fur		1 <input checked="" type="checkbox"/>
Hose Faserpelzlatz - trousers (fibre fur)		1 <input checked="" type="checkbox"/>
Jacke Faserpelz - jacket (fibre fur)		1 <input checked="" type="checkbox"/>
Overall ungef.(blau) - overall (blue)		1 <input checked="" type="checkbox"/>
Overall gef. - overall (lined)		1 <input checked="" type="checkbox"/>
Handschuh Arbeit gef. - gloves for working (lined)		2 <input checked="" type="checkbox"/>
Handschuh Thermo - gloves (thermo)		2 <input checked="" type="checkbox"/>
Gesichtsmaske - face mask		1 <input checked="" type="checkbox"/>
Mütze Kunstpelz - cap (fake fur)		1 <input checked="" type="checkbox"/>
Socke Stiefel - socks		2 <input checked="" type="checkbox"/>
Stiefel Schnee m. Innenschuh - snow boots (Kamik)		1 <input checked="" type="checkbox"/>
Stiefel Isolier gef. - boots (isolated, lined)		1 <input checked="" type="checkbox"/>
Brille Ski - ski goggles		1 <input checked="" type="checkbox"/>
Brille Sport - sport glasses		1 <input checked="" type="checkbox"/>
Tasche Flug		1

Nur für Brillenträger – only for spectacle wearer:

Brille Gletscher - glacier goggles		1 <input checked="" type="checkbox"/>
------------------------------------	--	---------------------------------------

Nur für Techniker – only for technicians:

Kniepolster - kneeling cushion		1 <input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------------	--	---------------------------------------

Zusätzlich erhält jeder Expeditionsteilnehmer eine Rucksackapotheke, Sonnenschutzmilch und Lippenpflegestift.

Additionally, every participant receives a first aid kit, sun cream and lip balm.

Die zur Verfügung gestellte **Ausrüstung ist** unmittelbar **nach Beendigung der Expedition zurückzugeben**. Die im Listenkopf genannte Person hat für die pflegliche Behandlung sowie für die **vollständige Rückgabe** der Ausrüstung Sorge zu tragen. Sie **haftet** bei Beschädigung und/oder Verlust für die ausgegebene Ausrüstung.

**Das AWI behält sich das Recht des Schadensersatzanspruches vor.**

The **equipment** provided for the expedition has to be **returned immediately after termination**. The person specified in this form is responsible for the careful use and **complete return** of the equipment. The person is **liable** for any damage and/or loss of the equipment handed out.

**The AWI reserves the right to claim for damages.**

Ausgabedatum - date of outfitting:

Ausrüstung erhalten - equipment received:

Mitgenommen:  ja  nein

## PERSONALFRAGEBOGEN FÜR EXPEDITIONSTEILNEHMER

(BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN)

Familiename <b>Pinguin</b>		Vorname <b>Tux</b>		<input checked="" type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	
Telefon, dienstl. <b>0700 753 753 75</b>	Telefax, dienstl. <b>75</b> ← auch so	email <b>tux@pinguingruppe.de</b>	Gruppenleiter(in)		
Expedition/Fahrtabschnitt (Für jeden Fahrtabschnitt ist ein gesonderter Fragebogen auszufüllen.)		Beruf	Einsatzgebiet		
Polarstern-Antragsnr. (AWI-Koordination)		Aufenthaltszeitraum <b>Dezember 2012 - 2014</b>			
Geburtsdatum <b>1. August 1993</b>	Geburtsort <b>Rothera, Antarktis</b>		Staatsangehörigkeit <b>antarktisch</b>		
Dienstanschrift <b>Grabenstr. 13 52499 Baesweiler</b>		Name und Versicherungs-Nr. der Auslands-Krankenversicherung:	Reisepass-Nr.:		
Privatanschrift und Telefon: <b>↑ auch da in Baesweiler!</b>		Wer ist im Unglücksfall zu informieren (Name und Tel.-Nr.)? <b>Herr Thomas 0700 753 753 75</b>	Nachweis der Teilnahme am Antarktis-Umweltschutzseminar vorhanden? <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Für die Kammerbelegung auf dem Schiff: Raucher/in? <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein		Mit wem möchten Sie die Kabine teilen? <b>Julia</b>			
Wer bezahlt Ihre Flugreise: <input checked="" type="radio"/> AWI <input type="radio"/> DFG <input type="radio"/> Andere (bitte Anschrift angeben):		Falls Kostenträger DFG: Sind die Reisemittel im Koordinationsfonds des AWI? <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein			
Vom AWI werden <b>Gruppenflüge</b> für Mitarbeiter deutscher Institutionen organisiert. <b>Die Flugbuchung für AWI-Mitarbeiter erfolgt jedoch nur, wenn der genehmigte Reiseantrag bei der Reisekostenstelle vorliegt!</b> Individuelle Reisewünsche (d.h. wenn der Gruppenflug nicht in Anspruch genommen wird) müssen in Eigenverantwortung geregelt werden. Dadurch entstehende Mehrkosten werden nicht vom AWI übernommen!					
Teilnahme am Hinflug: Abflughafen:		Teilnahme am Rückflug: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Ankunftsflughafen:			
Hiermit unterrichten wir Sie, dass die Daten zu Ihrer Person anlässlich Ihrer Expeditionsteilnahme im AWI erfasst und gespeichert werden. Diese Benachrichtigung erfolgt gem. §7 Abs. 3, § 26 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz vom 27.01.1977 (BGBl. I S. 291)					
Ort / Datum:		Unterschrift Expeditionsteilnehmer/in:			
Ort / Datum:		Unterschrift des Berechtigten des entsendenden Instituts: (z.B. am AWI: Sektionsleiter/in)			
Bitte senden Sie das unterschriebene Original dieses Fragebogens zusammen mit dem unterschriebenen Original der Haftungsfreistellungserklärung (nur Nicht-AWI-Mitarbeiter), dem unterschriebenen Original ISPS-Formular, der genehmigten Kopie des AWI-Reiseantrages (nur AWI-Mitarbeiter) u. ggf. der Ausrüstungsliste (nur Mitarbeiter deutscher Institutionen) an: <b>Alfred-Wegener-Institut für Polar- u. Meeresforschung, Logistik, Postfach 12 01 61, D- 27515 Bremerhaven</b>					
Eingang	AL	ISPS	HFE	Kopie AWI-Reiseantrag	Eingang Medizin

Gemeinschaftsgrundschule

Friedrichschule

52499 Baesweiler

Stadt Baesweiler



## **Alfred-Wegener-Institut für Polar- und Meeresforschung**

in der Helmholtz-Gemeinschaft

**Institute for Polar and Marine Research**

### **Ärztlicher Dienst - Medical Service**

**Prager Str. 71, 27568 Bremerhaven, Tel.: 0471- 43636, Fax: 0471- 417858**

### **Hinweise zur Ärztlichen Untersuchung für Expeditionen des Alfred-Wegener-Instituts**

#### **Allgemeine Hinweise für alle Expeditionsteilnehmer:**

Im folgenden Fragenbogen wird der Einfachheit halber auf die ausdrückliche geschlechtsbezogene Unterscheidung verzichtet. Soweit es nicht anders aus dem Text hervorgeht gelten die maskulinen Formulierungen sowohl für Expeditionsteilnehmerinnen als auch Expeditionsteilnehmer.

Die detaillierte Erhebung der Krankenvorgeschichte (Eigenanamnese) soll dem untersuchenden Arzt ein möglichst umfassendes Gesamtbild von dem Gesundheitszustand des Expeditionsteilnehmers vermitteln. Die genaue Kenntnis eventueller Vorerkrankungen dient neben der eigentlichen Feststellung der medizinischen Voraussetzungen für die Teilnahme an der Expedition insbesondere auch der Vermeidung möglicher Gesundheitsgefährdungen während der Expedition. Daher die Bitte, die Seiten 1-6 des Untersuchungsbogens vor Ihrem Arztbesuch gewissenhaft auszufüllen.\*

Bei allen Fragen, die Sie mit "ja" beantworten, ist eine ausführliche Erläuterung in dem gekennzeichneten Feld erforderlich. Sollten sich Änderungen Ihres Gesundheitszustandes in der Zeit nach der ärztlichen Untersuchung ergeben, teilen Sie dies bitte rechtzeitig vor Expeditionsbeginn dem Ärztlichen Dienst des Alfred-Wegener-Instituts mit. Expeditionsteilnehmer, die unter chronischen Erkrankungen leiden, senden bitte eine Kopie der Seiten 1-6 des Untersuchungsbogens innerhalb einer Woche nach Erhalt der Unterlagen ausgefüllt an den Ärztlichen Dienst des Alfred-Wegener-Instituts. Im Übrigen gelten die Terminfristen, die auf den Koordinierungssitzungen bzw. von der Sektion Logistik des Alfred-Wegener-Instituts vorgegeben werden. Bei erneutem Expeditionseinsatz ist die Untersuchung nach Ablauf von 12 Monaten zu wiederholen; bei kürzeren Einsatzintervallen sind die Seiten 1 und 6 ausgefüllt an den Ärztlichen Dienst zu senden.

Es wird gebeten, die Seiten 1-10 des Untersuchungsbogens nur einseitig auszudrucken.

#### **Zusätzliche Hinweise für Expeditionsteilnehmer an Schiffsexpeditionen in die Arktis und Antarktis:**

Es gelten die allgemeinen Hinweise für alle Teilnehmer. Außerdem ist zu beachten, dass bei jeder Schiffsexpedition in die Arktis oder Antarktis unabhängig von der Dauer des Einsatzes eine Untersuchung auf Expeditionstauglichkeit notwendig ist. Den Untersuchungsunterlagen ist eine Bestätigung des Zahnarztes über eine ausreichende Sanierung Ihres Gebisses beizufügen. Expeditionsteilnehmer über 40 Jahre legen bitte die Befunde (nicht älter als 36 Monate) der Sehschärfe, des Augeninnendruckes und der Netzhaut (Untersuchung bei weitgestellten Pupillen) bei.

#### **Zusätzliche Hinweise für Expeditionsteilnehmer an Landexpeditionen/Flugmissionen auf Spitzbergen:**

Es gelten die allgemeinen Hinweise für alle Teilnehmer. Expeditionsteilnehmer, die sich für einen kürzeren Zeitraum als vier Wochen auf Spitzbergen aufhalten, reichen bitte spätestens drei Wochen vor der Abreise die Seiten 1-6 des Untersuchungsbogens beim Ärztlichen Dienst des AWI ein. Für diesen Personenkreis ist eine ärztliche Untersuchung im Allgemeinen nicht erforderlich. Eine zahnärztliche Untersuchung wird jedoch angeraten. Bei Aufhalten länger als vier Wochen ist eine Untersuchung auf Expeditionstauglichkeit notwendig. Den Untersuchungsunterlagen ist eine Bestätigung des Zahnarztes über eine ausreichende Sanierung Ihres Gebisses beizufügen. Expeditionsteilnehmer über 40 Jahre legen bitte die Befunde (nicht älter als 36 Monate) der Sehschärfe, des Augeninnendruckes und der Netzhaut (Untersuchung bei weitgestellten Pupillen) bei.

\* Die Verarbeitung der Daten erfolgt ausschließlich in Papierform auf Grundlage des Bremischen Datenschutzgesetzes und des Bremischen Beamtengesetzes (§§ 2, 3 Abs. 2 BremDSG bzw. § 20 Abs. 1 BremDSG i.V.m. § 93 BremBG).

**Fortsetzung nächste Seite**

## Alfred-Wegener-Institut für Polar- und Meeresforschung

in der Helmholtz-Gemeinschaft  
Institute for Polar and Marine Research

**Ärztlicher Dienst – Medical Service**

Prager Str. 71, 27568 Bremerhaven, Tel.: 0471- 43636, Fax: 0471- 417858

### Ärztliche Untersuchung für Expeditionsteilnehmer

Schiffsexpedition

*Polarstern*

Forschungsschiff

Landexpedition/Flugmission

Überwinterung Arktis

Überwinterung Antarktis

Name, Vorname: Pinguin, Tux

Geburtsdatum: 1.8.1993 Beruf: Schulassistent

Wohnanschrift: Grafenstr. 13  
D-52499 Baesweiler

Postanschrift: -

Tel. privat: 0700 75375375 dienstl.: -

E-Mail: tux@pinguigruppe.de Fax: -

Einsatzgebiet: Antarktis / Neumayer III


Expedition/Fahrtabschnitt: -

Aufenthaltszeitraum: Dez. 2012 - Febr. 2013

Art der Tätigkeit: Erforscher

#### Abschließende Stellungnahme des Ärztlichen Dienstes des Alfred-Wegener-Instituts über die Expeditionstauglichkeit:

- Keine gesundheitlichen Bedenken gegen die geplante Expedition
- Keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen, die der Ärztliche Dienst dem Expeditionsarzt mitteilt. Spezielle Ernährungsgewohnheiten!
- Gesundheitliche Bedenken

Datum: 3.12.12 Unterschrift: ..... Stempel:   
218000700  
Dr. med. Armbrorst  
prakt. Arzt  
Windmühlenstraße 1  
52499 Baesweiler  
Tel. 02401 / 22 71 Fax 76 72

# Anamnese (Krankheitsvorgeschichte)

**Die Familienanamnese ist nur von Überwinterern auszufüllen:**

Ist eine der folgenden Krankheiten bei einem oder mehreren Ihrer Familienangehörigen (Eltern, Geschwistern oder Kindern)

	ja	nein	Verwandtschaftsgrad
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	.....
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	.....
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	.....
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	.....
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	.....
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	.....
Gemütskrankung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heim weh .....

## Eigenanamnese:

Welche Erkrankungen hatten Sie bisher?

### Infektionskrankheiten

Infektiöse Gelbsucht	ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>
Rheumatisches Fieber	ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>
Tuberkulose	ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>
Tropenkrankheiten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>
Geschlechtskrankheiten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>
Andere Infektionskrankheiten (außer den üblichen Kinderkrankheiten)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>

Die Angabe einer HIV-Infektion ist freiwillig

### Erkrankungen des Hals-Nasen-Rachenraums und der Ohren

Nebenhöhlenentzündungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>
Mandelentzündungen / -Operation	ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>
Ohrenerkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>
Andere HNO-Erkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>
Zahnerkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>

### Augenerkrankungen

Glaukom (Augendruckerrhöhung)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>
Grauer Star (Linsentrübung)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>
Netzhauterkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>
Wird eine Sehhilfe getragen? Für die Ferne? Für die Nähe?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>
Andere Augenerkrankungen oder Sehstörungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>

### Erkrankungen der Lunge

Lungenentzündung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>
Rippenfellentzündung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>
Chronische Bronchitis	ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>

Bei „ja“ bitte ausführliche Erläuterungen und Zeitangaben (ggf. auch Diagnosen und Kommentare des untersuchenden Arztes):

Asthma ja  nein

Andere Lungenerkrankungen (z.B. Sarkoidose) ja  nein

### Herz - Kreislauferkrankungen

Herzinfarkt ja  nein

Erkrankung der Herzkranzgefäße ja  nein

Bluthochdruck ja  nein

Schlaganfall ja  nein

Durchblutungsstörungen der Hals/Kopfgefäße ja  nein

Durchblutungsstörungen der Extremitäten ja  nein

Thrombose / Krampfadern ja  nein

Andere Herz- Kreislauferkrankungen ja  nein

### Erkrankung der Bauch- und Verdauungsorgane

Gallensteine ja  nein

Lebererkrankungen ja  nein

Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse ja  nein

Erkrankungen von Magen- und Speiseröhre ja  nein

Zwerchfellbruch ja  nein

Chronische Darmerkrankung  
(z.B. Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn) ja  nein

Darmblutungen / Darmpolypen/ Divertikel ja  nein

Appendicitis (Blinddarmenzündung) ja  nein

Haemorrhoiden/ Analabzeß ja  nein

Bauchwandbrüche ja  nein

Andere Erkrankungen der Bauchorgane ja  nein

### Nieren- und Blasenerkrankungen

Nierenbeckenentzündung ja  nein

Nierenzysten ja  nein

Nieren- und Blasensteine ja  nein

Harnblasenentzündungen ja  nein

Andere Erkrankungen der ableitenden  
Harnwege ja  nein

Bei „ja“ bitte ausführliche Erläuterungen  
und Zeitangaben (ggf. auch Diagnosen und  
Kommentare des untersuchenden Arztes):

**Nur für Expeditionsteilnehmerinnen:**

- Entzündungen der Eileiter oder Eierstöcke ja  nein
- Eierstockzysten ja  nein
- Starke Menstruationsbeschwerden  
oder andere Störungen der Regel ja  nein
- Bauchhöhlenschwangerschaft ja  nein
- Brustdrüsenerkrankung ja  nein
- Endometriose (Gebärmutterschleimhaut  
außerhalb des normalen Bereiches) ja  nein

**Nur für männliche Expeditionsteilnehmer:**

- Erkrankungen der Prostata ja  nein
- Nebenhodenentzündung ja  nein
- Andere Erkrankungen der männlichen  
Geschlechtsorgane ja  nein

**Stoffwechselstörungen**

- Diabetes mellitus ja  nein
- Fettstoffwechselstörungen ja  nein
- Gicht ja  nein
- Schilddrüsenerkrankungen ja  nein
- Andere Stoffwechselerkrankungen ja  nein

**Erkrankungen der Gelenke, Knochen oder  
Wirbelsäule**

- Verletzungen der großen Gelenke ja  nein
- Knochenbrüche ja  nein
- Rheumatismus ja  nein
- Gelenkentzündungen ja  nein
- Hexenschuss ja  nein
- Ischiasbeschwerden ja  nein
- Bandscheibenerkrankungen ja  nein
- Andere Erkrankungen der Gelenke, Knochen  
oder Wirbelsäule ja  nein

Bei „ja“ bitte ausführliche Erläuterungen  
und Zeitangaben (ggf. auch Diagnosen und  
Kommentare des untersuchenden Arztes):



### Bösartige Erkrankung

- Krebserkrankungen einzelner Organe ja  nein
- Krebserkrankung des Blutes ja  nein
- Lymphknotenkrebs ja  nein
- Hautkrebs ja  nein

### Nerven- und Gemütskrankung

- Epileptische Anfälle ja  nein
- Krampfanfälle anderer Ursache ja  nein
- Schwindelanfälle ja  nein
- Häufig wiederkehrende und/ oder anhaltende Kopfschmerzen ja  nein
- Andere neurologische Erkrankungen ja  nein
- Depressionen ja  nein
- Wahnvorstellungen ja  nein
- Angststörungen (z.B. Flugangst) ja  nein
- Panikattacken ja  nein
- Schlafstörungen ja  nein
- Alkohol-/ Drogenprobleme ja  nein

### Andere Erkrankungen

- Bluterkrankungen ja  nein
- Kältebedingte, anfallsartig auftretende Gefäßspasmen an den Händen ja  nein
- Unklarer Gewichtsverlust ja  nein
- Hauterkrankungen ja  nein

**Wurden Sie in den vergangenen beiden Jahren stationär behandelt?**

- ja  nein

**Mussten Sie sich in der Vergangenheit einer Operation unterziehen?**

- ja  nein

**Hatten Sie jemals Unfälle mit Schädelbruch oder andere schwere Verletzungen?**

- ja  nein

**Trinken Sie Alkohol?**

täglich? ja  nein

wöchentlich ja  nein

selten? ja  nein

Was und wieviel?

**Treiben Sie regelmäßig Sport?** ja  nein

Was und wie oft?

Bei „ja“ bitte ausführliche Erläuterungen und Zeitangaben (ggf. auch Diagnosen und Kommentare des untersuchenden Arztes):

→ Heim weh

1. Flügel annähen 2010  
2. War nach Waschmaschinen-  
nutzung 2007 geschkumpft  
Alles wieder gut.

## Gegenwärtiger Gesundheitszustand

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung ja  nein

Wurden Sie während der vergangenen 24 Monate ärztlich behandelt? ja  nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche, wogegen und in welcher Dosierung? ja  nein

Haben Sie eine chronische Erkrankung? ja  nein

Leiden Sie an Allergien? An welchen? ja  nein

Besteht eine Arzneimittelunverträglichkeit? Bei welchen Medikamenten? ja  nein

Bestanden Erfrierungen? Wann und an welchem Körperteil? ja  nein

Rauchen Sie? Wie viele Zigaretten täglich? ja  nein

Körpergröße: ..... 35 ..... cm

Gewicht: ..... 0,4 ..... kg

Bei „ja“ bitte ausführliche Erläuterungen und Zeitangaben (ggf. auch Diagnosen und Kommentare des untersuchenden Arztes):

## Impfstatus:

Wann wurden Sie zuletzt gegen Tetanus geimpft?  
Wann wurden Sie zuletzt gegen Diphtherie geimpft?  
Wann wurden Sie zuletzt gegen Kinderlähmung geimpft?  
Wann wurden Sie zuletzt gegen Hepatitis A und/oder B geimpft?

2011  
2011  
2011  
2011

Impfschutz gegen Tetanus, Diphtherie und Kinderlähmung ist erforderlich, Impfschutz gegen Hepatitis A und B wird empfohlen. Besprechen Sie bitte mit Ihrem Hausarzt, ob ausreichende Grundimmunisierungen gegen die o.a. Infektionskrankheiten vorliegen und ob ggf. Auffrischungsimpfungen erforderlich sind. (Impfkosten werden nur für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Alfred-Wegener-Instituts übernommen.)

Eine Kopie des Impf- und Blutgruppenausweises bitte den Untersuchungsunterlagen beifügen.

## Ich bestätige mit meiner Unterschrift,

dass ich die o.a. Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe und ich erkenne an, dass wissenschaftlich falsche Angaben und Verschweigen von Erkrankungen zum Ausschluss von der Expeditionsteilnahme führen können.


Mir ist bewusst, dass falsche Angaben oder Verschweigen von Erkrankungen, die während einer Expedition zu medizinischen Notfallmaßnahmen oder zu einer Evakuierung führen, eine Gefährdung meiner Gesundheit und eine Gefährdung des sicheren Expeditionsablaufes darstellen können.

Ich entbinde meinen Hausarzt gegenüber dem Betriebsarzt des Alfred-Wegener-Instituts von seiner Schweigepflicht nur für den Fall, dass eine Rückfrage zur Expeditionstauglichkeit erforderlich ist

218000700  
Dr. med. Armbrorst  ja  nein   
prakt. Arzt  
Name, Adresse und Telefon-Nr. des Hausarztes: ..... Windmühlenstraße 1 .....  
..... 52499 Baesweiler .....  
..... Tel. 02401 / 22 71 Fax 76 72 .....

Die Schweigepflichtsentbindung ist freiwillig und es entstehen keine Nachteile, wenn diese nicht erteilt wird; allerdings kann es sein, dass später eine Nachfrage zur Feststellung der Expeditionstauglichkeit erforderlich wird und Sie in diesem Fall nachträglich um die Erteilung der Schweigepflichtsentbindung gebeten werden.

Ort, Datum ..... Baesweiler, 3.12.2012 .....

Unterschrift .....  .....

Name in Druckbuchstaben: ..... Tux der Pinguin .....

## Ärztliche Untersuchungsbefunde (vom Arzt auszufüllen)

Name des/der Untersuchten: Tux der Pinguin Untersuchungsdatum: 3.12.2012  
 Geburtsdatum: 1.8.1993 Größe 35 cm Gewicht: 0,4 kg BMI: 3,3

**Hinweis:** Ein BMI größer als 35 oder ein Körpergewicht von mehr als 125 kg stellen ein Ausschlusskriterium für eine Expeditionsteilnahme dar.

**Kennen Sie die zu untersuchende Person als Patient?**

ja  nein

Auffälligkeiten des **Allgemeinzustandes**

ja  nein

Pathol. Untersuchungsbefund der **Ohren**

ja  nein

Auffälligkeiten der **Halslymphknoten ?**

ja  nein

Vergrößerung der **Schilddrüse ?**

ja  nein

Pathol. Untersuchungsbefund der **Augen ?**

ja  nein

Reaktion der **Augen** auf Licht und  
Convergenz pathologisch ?

ja  nein

Besteht ein **Nystagmus?**

ja  nein

Werden eine **Brille** und/oder  
**Contactlinsen** getragen?

ja  nein

Liegt eine **Myopie** oder eine **Hyperopie** vor?

Erscheint das **Gebiss** sanierungsbedürftig?

ja  nein

Wird eine **Zahnprothese** getragen?

ja  nein

Ist die **Zunge** auffällig?

ja  nein

Pathol. Befund der **Haut** oder **Schleimhäute**

ja  nein

Bewegungseinschränkung des **Kopfes**

ja  nein

Sind die **NAP** druck- oder klopfempfindlich?

ja  nein

Auffälligk. des **Nasen- und Rachenraumes**

ja  nein

Sind die **Tonsillen** auffällig bzw. entfernt?

ja  nein

Ergeben Auskultation und Perkussion der  
**Lungen** pathologische Befunde?

ja  nein

**Spirometrie** (bitte Ausdruck beifügen)

Ergibt die Auskultation des **Herzens**  
pathologische Befunde?

ja  nein

Erscheint das **Herz** vergrößert?

ja  nein

Bestehen kardiale

**Insuffizienzerscheinungen?**

ja  nein

**Blutdruck** und **Herzfrequenz** in Ruhe:

RR: 110/70 HF: 70 /min

Bitte ausführlich Befundbeschreibung  
bzw. Diagnoseerhebung

Name des/der Untersuchten: Tux der Pinguin Untersuchungsdatum: 3.12.2012

- Sichtbare Thoraxdeformierungen ja  nein
- Sichtbare Deformierungen der **Wirbelsäule** ja  nein
- Bewegungseinschränkungen d. **Wirbelsäule** ja  nein
- Finger-Boden-Abstand:** ..... cm
- Sind im **Abdomen Druckschmerzen** auslösbar oder **Resistenzen** tastbar? ja  nein
- Sind **Leber** und/oder **Milz** palpabel? ja  nein
- Sind die **Nierenlager** klopfschmerzhaft? ja  nein
- Sind **Narben** vorhanden? ja  nein
- Sind **Hernien** vorhanden? (Rectusdiastase, Nabelhernie, Leistenhernie, Narbenhernie) ja  nein
- Bestehen vergrößerte **Lymphknoten**? ja  nein
- Sind die **Extremitäten** deformiert, bestanden Verletzungen oder liegen Bewegungs- einschränkungen vor? ja  nein
- Bestehen **Gelenkschwellungen** ja  nein
- Sind **Varizen** vorhanden? ja  nein
- Auffälligkeiten bei der Palpation der **Fußpulse** ja  nein
- Reflexstatus:**
- PSR li.: PSR re.:
- ASR li.: ASR re.:
- BSR li.: BSR re.:
- RPR li.: RPR re.:
- Bestehen Störungen der **Sensibilität**? ja  nein
- Ist ein **Tremor** zu erkennen? ja  nein
- Bestehen **Koordinationsstörungen**? ja  nein
- Ist der **Rombergversuch** pathologisch? ja  nein
- Liegen andere **neurologische Befunde** vor? ja  nein
- Bestehen **Verhaltensauffälligkeiten**? ja  nein
- Anzeichen für **psychische Erkrankungen**? ja  nein
- Andere Befunde**, nach denen nicht ausdrücklich gefragt wurde? ja  nein

Bitte ausführlich Befundbeschreibung bzw. Diagnoseerhebung

# Ruhe- und Belastungs-EKG

Name des/der Untersuchten: Tux der Pinguin Untersuchungsdatum: 3.2.2012  
Geburtsdatum: 1.8.1993 Größe 35 cm Gewicht: 0,4 kg BMI: 3,3

## Ruhe-EKG (Bitte unbedingt EKG-Ausdruck beifügen)

Auswertung: o.B.

Beurteilung des Ruhe-EKGs: o.B.

## Ergometrie nach WHO-Standard (Bitte unbedingt EKG-Ausdruck beifügen)

Bei unauffälligem Ruhe-EKG und bei unauffälligem kardialen Untersuchungsbefund, sowie bei Fehlen relevanter körperlicher Symptome und Risikofaktoren ist bei Personen unter 35 Jahren ein Belastungs-EKG nicht erforderlich. Bei Überwinterern ist unabhängig vom Alter ein Belastungs-EKG obligatorisch.

Bei erneuter ärztlicher Untersuchung vor einer Expedition ist eine Wiederholung des Belastungs-EKGs, soweit keine auffälligen Untersuchungsbefunde und kardiologisch relevante Erkrankungen seit der Voruntersuchung vorliegen, bei Personen unter 45 Jahren nach zwei Jahren und bei Personen über 45 Jahre nach einem Jahr erforderlich.

Soll-Herzfrequenz: 200 minus Lebensalter (submaximale Ausbelastung)

### Auszug aus dem Ergometrieprotokoll:

(falls kein gesondertes Protokoll als Anlage beigefügt ist):

Vor der Belastung:	Blutdruck:	Frequenz:
Anfangsbelastung mit ..... Watt:	Blutdruck:	Frequenz:
Bei Belastung mit 150 Watt:	Blutdruck:	Frequenz:
Bei max. Belastung mit ..... Watt:	Blutdruck:	Frequenz:
1 Min. nach der Belastung:	Blutdruck:	Frequenz:
3 Min. nach der Belastung:	Blutdruck:	Frequenz:
5 Min. nach der Belastung:	Blutdruck:	Frequenz:

Leistung in Watt bei HF von 150/min)

Ist ..... Watt  
Soll..... Watt

(Soll: 1,8 Watt/kg Körpergewicht bei Frauen bzw. 2,1 Watt/kg Körpergewicht bei Männern)

- Beschwerden? ja  nein
- Extrasystolen? ja  nein
- Arrhythmien? ja  nein
- pathologische Endstrecken? ja  nein

Bei „ja“ Beschreibung:

### Grund des Ergometrie-Abbruchs:

Beurteilung des EKGs unter Belastung: o.B.  
Beurteilung des RR- und HF-Verhaltens:

Beurteilung des Trainingszustandes: gut

### Zusammenfassende Beurteilung der Ergometrie:

keine path. Befunde

## Laboratoriumsdiagnostik:

Name des/der Untersuchten: Tux der Pinguin Untersuchungsdatum: 3.12.2012

### Standardlabordiagnostik: (Laborberichte bitte beifügen)

BSG:

Blutbild:

Leukozyten:

(unter 4,0 und über 10,0 /nl Differentialblutbild erbeten)

Erythrozyten:

Hämoglobin:

Hämatokrit:

MCV:

MCH:

MCHC:

Thrombozyten:

Blutzucker:

Kreatinin:

Harnsäure:

GPT:

Gamma-GT:

Cholesterin:

HDL-Chol.:

LDL-Chol.:

Urinbefund:

Blutgruppe:

(wenn bekannt, bitte Kopie des Ausweises beilegen)

*Siehe Befund*

### Zusätzliche Labordiagnostik Überwinterer: (Laborberichte bitte beifügen)

Differentialblutbild:

Bilirubin:

Alk. Phosphatase:

Triglyceride:

TSH:

CRP:

CDT:

Hepatitisserologie für HA, HB und HC beifügen

HIV:

TPHA:

VDRL:

PSA (bei männlichen Überw. über 45):

Haemocult:	Datum	neg.	pos.
1. Test:	<u>29.11.12</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Test:	<u>20.11.12</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Test:	<u>3.12.12</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Siehe Befund*

### Fachärztliche Befundberichte:

**Augenärztliche Untersuchung:** Obligatorisch für Überwinterer. Andere Expeditionsteilnehmer über 40 Jahre legen bitte die Befunde (nicht älter als 36 Monate) der Sehschärfe, des Augeninnendruckes und der Netzhaut (Untersuchung bei weitgestellten Pupillen) bei.

**Zahnärztliche Untersuchung:** Bestätigung (nicht älter als 3 Monate) bitte beifügen. Bei Überwinterern ist zusätzlich ein orbitales Pantomogramm (OPT) mit ausführlichem Befundbericht erforderlich.

**Gynäkologische Untersuchung:** Obligatorisch nur für Überwinterinnen. Befundberichte der körperlichen gynäkologischen Untersuchung, des Abstriches nach PAP sowie der Mammographie bitte beifügen (Mammographie ab 35 Jahren).

**Andere fachärztliche Untersuchungen:** Falls aufgrund der Allgemeinuntersuchung erforderlich. Befundberichte bitte beifügen.

**Röntgen-Thorax und abdominelle Sonographie:** Obligatorisch nur für Überwinterer. Befundberichte und Aufnahmen bitte beifügen.

### Beurteilung der Expeditionstauglichkeit durch den untersuchenden Arzt:

Die Ärztinnen/Ärzte, die die Untersuchung auf Expeditionstauglichkeit vornehmen, werden gebeten den vom Expeditionsteilnehmer ausgefüllten Anamnesebogen zu überprüfen und ggf. zu ergänzen. Wir bitten um eine aussagekräftige Beurteilung der Expeditionstauglichkeit, bei der die Befunde eventuell zusätzlich notwendiger fachärztlicher Untersuchungen zu berücksichtigen sind. Befundberichte und Ausdrücke von EKGs und Spirometrie bitten wir den Untersuchungsunterlagen unbedingt beizufügen.



Keine gesundheitlichen Bedenken gegen die geplante Expedition



Keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen (bitte erläutern)



Gesundheitliche Bedenken (Gründe bitte erläutern)

218000700  
**Dr. med. Armbores**

prakt. Arzt

Windmühlenstraße 1

52499 Baesweiler

Tel. 02401 / 22 71 Fax 76 721

Datum: 3.12.12 Unterschrift: ..... Stempel + Tel: .....

Einsender 154 Herrn Dr.med. Klaus Armbrorst

EBM Budget :nein

Lab Nr

Seite 1/2

Patient

Tux Pinguin

W

Geb.Dt. 01.02.1993

Eingang 15.11.12

Ausgang 15.11.12

Abnahme 15.11.12

07:00

ENDBEFUND

Ziffer	Mat	Untersuchung	Ergebnis	Dimension	Referenzbereich
		Profil EP7			
3550	E	Grosses Blutbild			
	E	Leukozyten	8.4	/nl	4.0 - 10.0
	E	Erythrozyten	4.8	/pl	3.9 - 5.2
	E	Hämoglobin	13.9	g/dl	11.2 - 15.7
	E	Hämatokrit	41.9	%	34.1 - 44.9
	E	MCV	86.9	fl	79.4 - 94.8
	E	MCH	28.8	pg	25.6 - 32.2
	E	MCHC	33.2	g/dl	32.0 - 36.0
	E	Thrombozyten	291	/nl	150 - 400
3551	E	Segmentkernige Gra	40.4	%	34.0 - 71.0
	E	Lymphozyten	47.6	%	19.0 - 52.0
	E	Monozyten	8.1	%	5.0 - 13.0
	E	Eosinophile Granul	3.2	%	1.0 - 6.0
	E	basophile Granuloz	0.7	%	< 1.0
3562H1	S	Cholesterin	147	mg/dl	< 200
3563H1	S	HDL-Cholesterin	68	mg/dl	> 45
3564H1	S	LDL-Cholesterin	72	mg/dl	< 130
	S	LDL/HDL Risiko Ind	1.1	Ratio	< 2.5
3565H1	S	Triglyceride	56	mg/dl	< 200
3560	S	Glucose	72	mg/dl	< 100
3592H1	S	γGT	25	U/l	< 40

3 5 S