Deutsches Rotes Kreuz

# Ersthelferausbildung

**Inhalte:**
**- allgemeine Verhaltensweise bei Unfällen/Notfällen**
**- Rechtsgrundlagen der Ersten Hilfe**
**- stabile Seitenlage**
**- Unfälle durch elektrischen Strom**
**- wunden/bedrohliche Blutungen**
**- und vieles mehr!**

| | |
|---|---|
| **Lehrgangsart:** | **Erste Hilfe-Ausbildung** |
| **Datum:** | **11.01.2027** |
| **Ausbildungsort:** | **Delsterner Str. 98, 58091 Hagen** |
| **Ausbildungszeit:** | **8.30-16.00 Uhr** |
| **Ausbilder:** | **Ulrich Schepers** |

***Gemäß der „Berufsgenossenschaftlichen Grundsätze für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit" (DGUV Grundsatz 204-001) ist der DRK-Kreisverband Hagen als „ermächtigte Stelle" lizenziert, d.h. berechtigt, Betriebshelfer, entsprechend des geschlossenen Vertrages, zu schulen.***

DEUTSCHES ROTES KREUZ

Großhandel seit 1830 KLEIN Wand+Boden

Verfahrenshinweis: Durch organisatorische Maßnahmen ist zu gewährleisten, dass bei der Unterzeichnung nur die eigenen Personendaten eingesehen werden können. Nutzen Sie bitte die elektronische Formularfunktion dieses Dokuments. Ansonsten füllen Sie es mit einem schwarzen oder dunkelblauen Stift aus.

# Abrechnungsformular

**für die Aus- und Fortbildung von betrieblichen Ersthelfenden**

☐ Ausbildung ☐ Fortbildung

☐ Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

| Name des Mitgliedsbetriebes<br><br>Straße / Hausnummer<br><br>PLZ Ort | Zuständiger Unfallversicherungsträger<br>(Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)<br><br>Unternehmensnummer (UNR.S, 15 Ziffern) |
|---|---|

## Teilnahmeliste

Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen.
Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen.

| | Name, Vorname | Geburtstag | Unterschrift | Bestätigung durch die Ausbildungsstelle |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | ☐ |
| 2 | | | | ☐ |
| 3 | | | | ☐ |
| 4 | | | | ☐ |
| 5 | | | | ☐ |
| 6 | | | | ☐ |
| 7 | | | | ☐ |
| 8 | | | | ☐ |
| 9 | | | | ☐ |
| 10 | | | | ☐ |

## Bestätigung durch das Unternehmen

| Ansprechperson im Unternehmen<br><br>Name, Vorname:<br><br>Tel.:<br><br>E-Mail: | Stempel, Unterschrift<br><br><br><br><br>Ort, Datum |
|---|---|

## Bestätigung durch die Ausbildungsstelle

| Abrechenbare Teilnehmerzahl auf diesem Formular | Datum des Lehrgangs |
|---|---|
| Kennziffer der Ausbildungsstelle | Name der Lehrkraft |
| Registriernummer des Lehrgangs | Ort des Lehrgangs |
| Ort, Datum | Anschrift, Unterschrift der Ausbildungsstelle |

Version 01/2023

Die personenbezogenen Daten werden aufgrund des Art. 6 Abs. 1 lit. c und e DSGVO, § 199 Abs. 1 Nr. 5 i.V.m. § 23 SGB VII durch den Unfallversicherungsträger verarbeitet.