Selbsterklärung zum Gesundheitszustand

Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V.

für nachfolgende Ausbildungen/Tätigkeiten in der DLRG*:

- ☐ Deutsches Rettungsschwimmabzeichen (DRSA) Gold
- ☐ Fachausbildung Wasserrettungsdienst
- ☐ Deutsches Schnorcheltauchabzeichen (DSTA)
- ☐ Ausbildung zum Signalmann
- ☐ Teilnahme am (zentralen) Wasserrettungsdienst
- ☒ Teilnahme an rettungssportlichen Veranstaltungen
- ☐ _____
- ☐ _____

Marion Mustermann — **Vor- und Zuname**

01.01.2014 — **Geburtsdatum**

Musterstraße1 00000 Musterhausen

Anschrift

Ich bin bereit, im o.g. Tätigkeitsbereich der DLRG mitzuarbeiten. Mir ist bekannt, dass diese Tätigkeit mit Risiken verbunden ist. Ich bin mir bewusst, dass diese Risiken erhöht werden, wenn bei mir gesundheitliche Risiken erhöht werden, wenn bei mir gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen. Nach Rücksprache mit meinem Arzt erkläre ich, dass ich

☒ ohne gesundheitliche Einschränkungen im o.g. Tätigkeitsbereich mitarbeiten kann.*

entweder oder

☒ nur mit folgenden ärztlichen Einschränkungen mitarbeiten kann (ggf. lege ich ein ärztl. Attest bei, in welchem Umfang ich mitarbeiten kann): *

⊗ **Erläuterungen zur Einschränkung**

Ich bin mir bewusst, dass ich im eigenen Interesse bei zukünftigen Erkrankungen gehalten bin, mich mit dem jeweils behandelnden Arzt zu besprechen, inwieweit die o. g. Tätigkeit zeitweise oder dauerhaft eingeschränkt werden sollte. Ich verpflichte mich, jede so bekannt gewordene Minderung der Einsatzfähigkeit dem jeweiligen Verantwortlichen (Ausbilder, Einsatzführer, Trainer ...) unverzüglich unter Angabe des Umfangs der Beeinträchtigung mitzuteilen. Dieser übernimmt mit der Entgegennahme der Information die Verpflichtung, die erhaltene Information ausschließlich zu dienstlichen Zwecken zu verwenden und die Information in diesem Rahmen auch vertraulich zu behandeln.

Ergänzende Informationen zur Selbsterklärung zum Gesundheitszustand

Grundsätzlich wird vor der erstmaligen Selbsterklärung eine ärztliche Grunduntersuchung empfohlen. Zwischenzeitliche schwerere Erkrankungen, insbesondere der u. g. Arten bedürfen einer erneuten ärztlichen Untersuchung.

Möglichen Gefährdungen:

- Herz- Kreislauferkrankungen.
- Erkrankungen der Atemwege oder des Ohres.
- Asthmatiker und starke Allergiker sollten sich grundsätzlich vorher ärztlich untersuchen lassen.
- Anfallsleiden (Epilepsie o.ä.) schließen eine der o.g. Aktivitäten grundsätzlich aus!

Die nachfolgenden Fragen sollen helfen herauszufinden, ob eine ärztliche Untersuchung vor der Teilnahme angezeigt ist. Eine mit „JA“ beantwortete Frage muss nicht zum Ausschluss von der Teilnahme führen. Sie gibt jedoch einen Hinweis darauf, dass die Sicherheit bei der Ausübung der Tätigkeit beeinträchtigt sein kann und eine ärztliche Untersuchung daher ratsam ist.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen den momentanen bzw. vergangenen Gesundheitszustand betreffend **für sich selbst bzw. als Erziehungsberechtigter für Ihr Kind** mit **Ja oder Nein**. Wenn Sie unsicher sind, antworten Sie mit **Ja**. Falls eine Frage mit **Ja** beantwortet wird, ist eine Untersuchung oder Beratung bei einem Arzt erforderlich, bevor die Tätigkeit oder Ausbildung begonnen wird.

Hatten oder haben Sie oder Ihr Kind:

- Asthma oder Atembeschwerden bei körperlicher Anstrengung?
- häufige oder ernste Anfälle von Heuschnupfen bzw. Allergien?
- häufige Erkältungen, Nebenhöhlenentzündungen, Bronchitis?
- häufige Erkältungen, Nebenhöhlenentzündungen, Bronchitis?
- eine Lungenerkrankung?
- einen Pneumothorax (Lungenriss)?
- chirurgische Eingriffe im Bereich des Brustkorbes?
- Platzangst oder Angst in geschlossenen Räumen?
- Gesundheitsprobleme bei spez. Verhaltensweisen/Stimmungen (Depressionen)?
- Epilepsie, Anfälle oder Krämpfe? Werden Medikamente eingenommen?
- wiederholte migräneartige Kopfschmerzen. Werden Medikamente eingenommen?
- Gedächtnisstörungen oder Ohnmacht bzw. Bewusstlosigkeit?
- häufige Übelkeit durch Fahren auf dem Boot oder im Auto?
- einen Tauchunfall oder Dekompressionskrankheit?
- immer wieder auftretende Rückenbeschwerden?
- chirurg. Eingriffe im Rückenbereich, Verletzungen bzw. Frakturen an Rücken, Armen oder Beinen?
- Diabetes?
- die Unfähigkeit, mäßige Körperübungen zu erfüllen (z.B. 1,5 km in 10 Min. gehen)?
- hohen Blutdruck? Werden Medikamente eingenommen?
- Herzkrankheiten?
- chirurgische Eingriffen an Ohren oder Nebenhöhlen?
- Ohrenkrankheiten, Gehörschwäche oder Gleichgewichtsstörungen?
- Schwierigkeiten beim Druckausgleich bei Fahrten in die Berge bzw. im Flugzeug?
- Blutungen bzw. Blutgerinnungsstörungen?
- Weichteilbrüche (Leisten, Nabel, Lenden, Zwerchfell)?
- Geschwüre oder operativ entfernte Geschwüre?
- Magen-Darm-Probleme?
- übermäßigen Konsum von Medikamenten oder Alkohol?
- Probleme mit der Einnahme von Betäubungsmitteln?
- eine hier nicht aufgeführte Erkrankung ?

⊗ Ort, Datum

⊗ Unterschrift der Teilnehmerin / des **Teilnehmers**

⊗ ggf. Unterschrift der **Erziehungsberechtigten**

Diese Erklärung hat eine Gültigkeit von max. zwei Jahren und ist nach Ablauf dieser Zeit erneut abzugeben.
Die Angaben sind durch die aufnehmende Gliederung vertraulich zu behandeln.

* Zutreffendes bitte ankreuzen

Diese Erklärung ist gedruckt mit ORIGIAL Unterschriften bei der LVM im Mitgliedsbuch eingeheftet vorzulegen.

Abgeleitet von der Gesundheitserklärung des Präsidiums ab Juli 2013

Nutzbar für die EDV oder manuelle Bearbeitu