



Deutsche Lebens-Rettungs-
Gesellschaft e.V.

Anmeldung zum Jugend-Einsatz-Team der DLRG Plön e.V.

Hiermit melde ich mein Kind _____ zum Jugend-Einsatz-Team (JET) der DLRG Plön e.V.
an.

Dieses Dokument ist nur in Verbindung mit der *Selbsterklärung zum Gesundheitszustand* (letzte Seite) gültig.

Daten des Teilnehmers:

Name, Vorname*: _____

Adresse*: _____

Geburtsdatum*: _____ Schwimmabzeichen*: _____

Mobilfunknummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Daten eines Erziehungsberechtigten:

Name, Vorname*: _____

Festnetznummer*: _____

Notfallnummer*: _____

E-Mail-Adresse*: _____

*Pflichtfelder sind auszufüllen!

Einverständniserklärungen:

Mit der Anmeldung zum Jugend-Einsatz-Team stimmen sie folgenden Bedingungen zu:

Mein Kind darf:

- regelmäßig am JET der DLRG Plön e.V. teilnehmen.
- an den praktischen Übungen des JET teilnehmen.
- beaufsichtigt ans und ins Wasser.
- Ggf. bei Fahrgemeinschaften mitfahren.

Meine Kontaktdaten sowie die Kontaktdaten meines Kindes dürfen gespeichert und JET-bezogen verwendet werden.



Deutsche Lebens-Rettungs-
Gesellschaft e.V.

Bitte kreuzen Sie im Folgenden Zutreffendes an:

*Hiermit erlaube ich, dass Fotos, auf denen mein Sohn/ meine Tochter zu sehen ist, zwecks
Öffentlichkeitsarbeit der DLRG Plön e.V., verwendet werden dürfen. Es erfolgt keine Namensnennung.*

Ja

Nein

Mein Kind darf nach Veranstaltungen allein nach Hause gehen/fahren.

Ja

Nein

Das Jugend-Einsatz-Team verfügt über eine WhatsApp-Gruppe, in der alle Termine und alle wichtigen
Informationen geteilt werden.

Meine Handynummer soll der WhatsApp-Gruppe des Jugend-Einsatz-Teams hinzugefügt werden.

Ja

Nein

*Die Handynummer meines Kindes soll der WhatsApp-Gruppe des Jugend-Einsatz-Teams hinzugefügt
werden.*

Ja

Nein

Die Einverständniserklärungen können Sie jederzeit schriftlich widerrufen.

Datum, Ort, Unterschrift Teilnehmer/in

Datum, Ort, Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Bitte senden Sie dieses Formular per E-Mail an jet@ploen.dlrg.de

Bei Fragen stehen wir ebenfalls unter jet@ploen.dlrg.de zur Verfügung.

Euer JET-Team

Merkblatt M3-002-17

Selbsterklärung zum Gesundheitszustand

Bestimmte Ausbildungsgänge oder Tätigkeiten in der DLRG erfordern eine Aussage zum Gesundheitszustand.

Im Rahmen von Tauglichkeitsuntersuchungen werden sehr häufig gesunde junge Menschen unter hohen Kosten nicht zielführenden Untersuchungen unterworfen.

Die Ressorttagung Medizin hatte sich schon vor Jahren dieses Themas angenommen und nach juristischer Prüfung und Beschlussfassung des Präsidialrates für bestimmte Fälle, ein Formular „Selbsterklärung zum Gesundheitszustand“ entwickelt. Dieses Formular wurde nun aktualisiert.

Die Selbsterklärung kann unter anderem in folgenden Bereichen Anwendung finden:

- Ausbildungen im Schwimmen und Rettungsschwimmen
- Fachausbildung Wasserrettungsdienst
- Deutsches Schnorcheltauchabzeichen (DSTA)
- Strömungsrettung
- Teilnahme am (zentralen) Wasserrettungsdienst
- Teilnahme an rettungssportlichen Veranstaltungen

Unbenommen hiervon sind vorgeschriebene ärztliche Tauglichkeitsuntersuchungen, z. B. für das Geräte- und Einsatztauchen sowie für Bootsführer (z. B. Rot-/Grün Schwäche).

Sofern durch die betreffende Person in der Selbstauskunft Einschränkungen angegeben werden, empfiehlt es sich, dem verantwortlichen Ausbilder/Trainer ein ärztliches Attest vorzulegen, in dem festgelegt ist, in welchem Umfang die Person trotz Einschränkungen eingesetzt werden kann.

Das anliegende, am PC ausfüllbare Formular kann auch auf der Internetseite der DLRG im Bereich Medizin (Downloads) heruntergeladen werden. Alternativ kann auch weiterhin die Vorlage eines ärztlichen Tauchtauglichkeitsnachweis nach alter Art nur noch online erhältlich im Fachbereich (dlrg.de | für Mitglieder | Einsatz | Tauchen | Downloads) genutzt werden.

Bad Nenndorf, 10.07.2017

Gez.
Dr. med. Norbert Matthes
DLRG Bundesarzt

für nachfolgende Ausbildungen/Tätigkeiten in der DLRG*:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ausbildungen im Schwimmen und Rettungsschwimmen | <input type="checkbox"/> Teilnahme am (zentralen) Wasserrettungsdienst |
| <input type="checkbox"/> Deutsches Schnorcheltauchabzeichen (DSTA) | <input type="checkbox"/> Teilnahme an rettungssportlichen Veranstaltungen |
| <input type="checkbox"/> Fachausbildung Wasserrettungsdienst | |
| <input type="checkbox"/> Strömungsrettung | <input type="checkbox"/> _____ |

Vorname und Nachname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

Ich bin bereit, im oben genannten 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 Beeinträchtigungen vorliegen. Nach Rücksprache mit meinem Arzt erkläre ich, dass ich

- ohne gesundheitliche Einschränkungen im o. g. Tätigkeitsbereich mitarbeiten kann.*
- ich nur mit folgenden ärztlichen Einschränkungen mitarbeiten kann (ggf. lege ich ein ärztliches Attest bei, in welchem Umfang ich mitarbeiten kann): *

Ich bin mir bewusst, dass ich im eigenen Interesse bei zukünftigen Erkrankungen gehalten bin, mich mit dem jeweils behandelnden Arzt zu besprechen, inwieweit die oben genannte Tätigkeit zeitweise oder dauerhaft eingeschränkt werden sollte. Ich verpflichte mich, jede so bekannt gewordene Minderung der Einsatzfähigkeit dem jeweiligen Verantwortlichen (Ausbilder, Einsatzführer, Trainer, usw.) 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 unten genannten. 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 oben genannten 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 Sorgeberechtigter für das Kind** oder als bestellter Betreuer für die oben genannte Person mit **Ja** oder **Nein**. Wenn Sie unsicher sind, antworten Sie mit Ja. Falls eine Frage (s. u.) mit **Ja** beantwortet wird, ist eine Untersuchung oder Beratung bei einem Arzt erforderlich, bevor die Tätigkeit oder Ausbildung begonnen wird.

Haben oder hatten Sie bzw. das Kind oder die oben genannte Person:

- Asthma oder Atembeschwerden bei körperlicher Anstrengung?
- häufige oder ernste Anfälle von Heuschnupfen bzw. Allergien?
- häufige Erkältungen, Nebenhöhlenentzündungen, Bronchitis?

- eine Lungenerkrankung?
- einen Pneumothorax (Lungenriss)?
- chirurgische Eingriffe im Bereich des Brustkorbes?
- Platzangst oder Angst in geschlossenen Räumen?
- Gesundheitsprobleme bei speziellen 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 eine Dekompressionskrankheit?
- immer wieder auftretende Rückenbeschwerden?
- chirurgische Eingriffe im Rückenbereich oder 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 des Teilnehmers/der Teilnehmerin

ggf. Unterschrift des Sorgeberechtigten
bzw. des bestellten Betreuers

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