

# Selbsterklärung zum Gesundheitszustand



Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft

Ortsverband Fürth e.V.

Mainstrasse 39

90768 Fürth

Diese Selbsterklärung zum Gesundheitszustand soll für nachfolgende Ausbildung / Tätigkeit in der DLRG OV Fürth e.V. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Deutsches Rettungsschwimmabzeichen (DRSA) Gold

Teilnahme am Wasserrettungsdienst

Deutsches Schnorcheltauchabzeichen (DSTA)

Teilnahme an Rettungssportwettkämpfen

Fachausbildung Wasserrettungsdienst

Ausbildung zum Signalmann

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

Ich bin bereit in den oben genannten Tätigkeitsbereichen der DLRG OV Fürth e.V. 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 (Zutreffendes bitte ankreuzen):

ohne gesundheitliche Einschränkungen in den oben genannten Tätigkeitsbereichen mitarbeiten kann.

ich nur mit folgenden ärztlichen Einschränkungen mitarbeiten kann.

Ich bin mir bewusst, dass ich schon im eigenen Interesse bei zukünftigen Erkrankungen gehalten bin, mich mit dem jeweils behandelnden Arzt zu besprechen, in wie weit die oben genannten Tätigkeiten zeitweise oder dauerhaft eingeschränkt werden sollten. 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 erhaltenen Informationen entsprechend dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ausschließlich zu dienstlichen Zwecken zu verwenden und die Information in diesem Rahmen auch vertraulich zu behandeln.

Bitte beachten Sie auch die Hinweise „**Ergänzende Informationen zur Selbsterklärung zum Gesundheitszustand**“

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)

**Die Angaben werden durch den DLRG OV Fürth e.V. entsprechend dem Bundesdatenschutzgesetz behandelt. Diese Erklärung hat eine max. Gültigkeit von zwei Jahren und muss nach dem Ablauf dieser Zeit erneut abgegeben werden.**

# Ergänzende Informationen zur „Selbsterklärung zum Gesundheitszustand“



Grundsätzlich wird bei der erstmaligen Ausbildung oder Teilnahme ein ärztliche Grunduntersuchung empfohlen. Nach ärztlicher Feststellung eines guten Gesundheitszustands kann auf Basis dessen eine Selbsterklärung erfolgen. Zwischenzeitliche schwere Erkrankungen insbesondere der u.g. Art bedürfen einer erneuten ärztlichen Untersuchung.

## Erläuterungen zu möglichen Gefährdungen:

- Herz- Kreislaufkrankungen können beim Schwimmen zur Bewusstlosigkeit und nachfolgendem Ertrinken führen.
- Erkrankungen der Atemwege oder des Ohres können zu Schäden bei Tauchversuchen führen. Prüfen Sie bitte die Belüftung Ihres Mittelohres durch Druckausgleich (Nase verschließen und leicht pressen. Es muss in beiden Ohren knacken).
- Asthmatiker und starke Allergiker sollten sich grundsätzlich vorher ärztlich untersuchen lassen.
- Anfallsleiden (Epilepsie o.ä.) schließen eine der im Formular „Selbsterklärung zum Gesundheitszustand“ genannten Tätigkeiten aus!

Die nachfolgenden Fragen sollen **Ihnen** helfen, herauszufinden, ob eine ärztliche Untersuchung vor der Teilnahme an im Formular „Selbsterklärung zum Gesundheitszustand“ genannten Tätigkeiten angeraten wird. Eine mit **JA** beantwortete Frage muss Sie nicht unbedingt von diesen Tätigkeiten ausschließen.

Sie gibt aber Aufschluss über einen Zustand, der Ihre Sicherheit bei der Ausübung von diesen Tätigkeiten beeinträchtigen kann. Sie sollten sich dann ärztlich untersuchen lassen.

*Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen **für sich selbst** betreffend Ihres momentanen bzw. vergangenen Gesundheitszustands mit **Ja** und **Nein**. Wenn Sie unsicher sind, antworten Sie mit JA. Falls eine Frage mit **JA** beantwortet wird, ist es erforderlich, dass Sie sich bei einem Arzt untersuchen und beraten lassen, bevor Sie an der Ausbildung bzw. Tätigkeit teilnehmen.*

## Hatten Sie in der Vergangenheit eine der nachfolgen genannten Krankheiten oder leiden Sie momentan z.B. an:

- Asthma, Atembeschwerden bei körperlicher Anstrengung?
- häufigen oder ernsten Anfällen von Heuschnupfen bzw. Allergien oder häufigen Erkältungen, Nebenhöhlenentzündungen, Bronchitis?
- einer Lungenerkrankung oder einen Pneumothorax (Lungenriss)?
- chirurgischen Eingriff im Bereich des Brustkorbes?
- Panikangst oder Angst in geschlossenen Räumen?
- Gesundheitsproblemen bei speziellen Verhaltensweisen/Stimmungen (Depressionen)?
- Epilepsie, Anfällen, Krämpfen, oder nehmen Sie Medikamente zu deren Vermeidung?
- wiederholten migräneartigen Kopfschmerzen / nehmen Sie Medikamente zur Vermeidung?
- Gedächtnisstörungen oder Ohnmacht bzw. Bewusstlosigkeit?
- häufiger Übelkeit durch Fahren auf dem Boot oder im Auto?
- Tauchunfall oder Dekompressionskrankheit?
- immer wieder auftretenden Rückenbeschwerden oder einen chirurgischen Eingriffen im Rückenbereich, Verletzungen bzw. Frakturen an Rücken, Armen oder Beinen?
- Diabetes?
- Unfähigkeit, mäßige Körperübungen zu erfüllen (z.B. 1,5 km in 10 Min. gehen)?
- hohem Blutdruck, oder nehmen Sie Medikamente zur Kontrolle des Blutdruckes?
- Herzkrankheiten?
- chirurgischen Eingriffen an Ohren oder Nebenhöhlen oder Ohrenkrankheiten, Gehörschwäche oder Gleichgewichtsstörungen?
- Schwierigkeiten beim Druckausgleich bei Fahrten in die Berge bzw. im Flugzeug?
- Blutungen bzw. Blutgerinnungsstörungen?
- Weichteilbrüchen (Leisten, Nabel, Lenden, Zwerchfell)?
- Geschwüren, operativ entfernten Geschwüren?
- Magen-Darm-Problemen?
- übermäßigem Konsum von Medikamenten, Alkohol oder von Betäubungsmitteln?
- Eine hier nicht aufgeführte Erkrankung ?