

MG-Nr.: \_\_\_\_\_  Ausbildungsp.  Gesundheitserkl.  Notfalltel.  schwimmt (wird von der DLRG ausgefüllt)

## BEITRITTSERKLÄRUNG (pro Person)

Hiermit trete ich in die DLRG Bad Schwartau e.V. ein.



**Deutsche Lebens-  
Rettungs-  
Gesellschaft**

### Bad Schwartau e.V.

im Landesverband  
Schleswig-Holstein e.V.

Kontakt:  
Telefon : 0176-34387244  
Email : kontakt@bad-  
schwartau.dlrg.de

Homepage :  
<https://bad-schwartau.dlrg.de>

Stand 02/2022

Name, Vorname, Firma: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

männlich  weiblich  divers  juristische Person

Beitritt:  in diesem Jahr  ab 01.01. folgenden Jahres

Aus unserer Familie gehören der DLRG Bad Schwartau e.V. bereits folgende Personen an:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

Die Höhe der Beiträge wird von der Mitgliederversammlung festgelegt und auf unserer Webseite (<https://bad-schwartau.dlrg.de>) veröffentlicht. Es wird eine Aufnahmegebühr von 5 Euro und eine einmalige Ausbildungspauschale von 25 Euro erhoben.

Im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft stehende Daten werden auf Datenträgern der DLRG gespeichert. Es können Fotos und Videos zu vereinsinternen Zwecken gemacht werden. Die Rechte hieran trete ich vollständig an die DLRG Bad Schwartau e.V. ab.

Die Satzung, die Jugendordnung sowie die Bestimmungen der Deutschen Prüfungsordnung nebst Ausführungsbestimmungen werden mit dem Eintritt anerkannt. (Einsicht über unsere Homepage möglich).

Die Mitgliedschaft muss satzungsgemäß, schriftlich, bis 30.11 eines Jahres, gekündigt werden.

**Nur die Mitgliedsbeiträge** sind als Spenden steuerlich berücksichtigungsfähig.

\_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_

Bad Schwartau, den

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter )

## SEPA-Lastschriftmandat

**kann nur vollständig ausgefüllt anerkannt werden!**

DLRG Bad Schwartau e.V.

Gläubiger-ID: DE95ZZZ00000298377

Ich ermächtige die DLRG Bad Schwartau e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DLRG Bad Schwartau e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kosten, die durch fehlende Kontodeckung der DLRG entstehen, gehen zu meinen Lasten. Die einmalige Aufnahmegebühr und die Ausbildungspauschale werden mit dem ersten Jahresbeitrag abgebucht.

Zusätzlich unterstütze ich die ehrenamtlich Tätigkeit der DLRG Bad Schwartau e.V. mit einer **einmaligen Spende** in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro / mit einer **jährlichen Spende** in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro bis auf Widerruf.

\_\_\_\_\_

BIC

\_\_\_\_\_

Bank

\_\_\_\_\_

IBAN

\_\_\_\_\_

Kontoinhaber (Name, Vorname ) **DRUCKBUCHSTABEN**

\_\_\_\_\_

Straße

\_\_\_\_\_

PLZ / Ort

\_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_

Bad Schwartau, den

Unterschrift des Kontoinhabers

# Selbsterklärung zum Gesundheitszustand



Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V.

für nachfolgende Ausbildungen/Tätigkeiten in der DLRG\*:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ausbildungen im Schwimmen und Rettungsschwimmen der DLRG | <input type="checkbox"/> Ausbildung zum Signalmann                        |
| <input type="checkbox"/> Fachausbildung Wasserrettungsdienst                      | <input type="checkbox"/> Teilnahme am (zentralen) Wasserrettungsdienst    |
| <input type="checkbox"/> Deutsches Schnorcheltauchabzeichen (DSTA)                | <input type="checkbox"/> Teilnahme an rettungssportlichen Veranstaltungen |
| <input type="checkbox"/> .....  |   |

.....  
Vor- und Zuname

.....  
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



**Deutsche Lebens-Rettungs-  
Gesellschaft e.V.**

**Bitte ausgefüllt zum ersten Schwimmtraining abgeben!**

Landesverband Schleswig-Holstein e.V.

**Bad Schwartau e.V**

Technischer Leiter Ausbildung

Hauke Maltzen

Internet: [bad-schwartau.dlrg.de](http://bad-schwartau.dlrg.de)

Stand 11/2017

## **Für den Notfall:**

Name des Kindes:

Im Notfall zu Benachrichtigen:

Telefon / Handy:

Erkrankungen:

Medikamente: