

# Selbsterklärung zum Gesundheitszustand

für nachfolgende Ausbildungen / Angebote der DLRG OG Uchte e. V.\*:

- Babyschwimmen
- Kleinkinderschwimmen
- Anfängerschwimmkurs Kinder
- Anfängerschwimmkurs Erwachsene
- Schnuppertauchen
- Schwimmtraining



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

Ortsgruppe Uchte e. V.  
Geschäftsstelle:  
Hammer Kirchweg 4  
31600 Uchte

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname des / der Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geb.Dat. des Kindes

\_\_\_\_\_  
Anschrift

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an dem o. g. Angebot mit Risiken verbunden ist. Ich bin mir bewusst, dass diese Risiken erhöht werden, wenn bei mir / meinem Kind gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen. Nach Rücksprache mit meinem Arzt erkläre ich, dass ich / mein Kind,

- ohne gesundheitliche Einschränkungen im o.g. Tätigkeitsbereich mitwirken kann\*
- ich / mein Kind 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 schon im eigenen Interesse bei zukünftigen Erkrankungen (des Kindes) gehalten bin, mich mit dem jeweils behandelnden Arzt zu besprechen, inwieweit die o. g. Teilnahme zeitweise oder dauerhaft eingeschränkt werden sollte.

Ich verpflichte mich, jede so bekannt gewordene Minderung des Gesundheitszustandes dem jeweiligen Verantwortlichen (Ausbilder, Trainer) unverzüglich unter Angabe des Umfangs der Beeinträchtigung mitzuteilen. Dieser übernimmt mit der Entgegennahme der Information die Verpflichtung, die erhaltene Information ausschließlich zu internen Zwecken zu verwenden und die Information in diesem Rahmen auch vertraulich zu behandeln.

Bitte beachten Sie auch die Hinweise auf der Rückseite

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift (ggf. d. Erziehungsberechtigten)

**Die Angaben sind durch die aufnehmende Gliederung vertraulich zu behandeln.**

**Diese Erklärung hat eine Gültigkeit für die Dauer der Teilnahme an dem Angebot, maximal für 2 Jahre.**

\* Zutreffendes bitte ankreuzen

## 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.

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 o.g. Aktivitäten grundsätzlich aus !

Die nachfolgenden Fragen sollen Ihnen helfen, herauszufinden, ob eine ärztliche Untersuchung vor der Teilnahme angezeigt ist. Eine mit "JA" beantwortete Frage muss Sie nicht unbedingt von der Tätigkeit ausschließen. Sie gibt aber Aufschluss über einen Zustand, der Ihre Sicherheit der Ausübung der Tätigkeit beeinträchtigen kann, und Sie sollten sich dann ärztlich untersuchen lassen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen für sich selbst betreffend Ihres momentanen bzw. vergangenen Gesundheitszustands mit **JA** oder **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. der Tätigkeit teilnehmen.

Hatten Sie in der Vergangenheit eine der nachfolgend genannten Krankheiten oder leiden Sie momentan z.B. an...

- Asthma, Atembeschwerden bei körperlicher Anstrengung?
- häufigen oder ernsten Anfällen von Heuschnupfen bzw. Allergien?
- häufigen Erkältungen, Nebenhöhlenentzündungen, Bronchitis?
- einer Lungenerkrankung?
- Pneumothorax (Lungenriss)?
- chirurgischen Eingriffen im Bereich des Brustkorbes?
- Platzangst 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?
- 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?
- 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 oder Alkohol?
- Einnahme von Betäubungsmitteln?
- Einer hier nicht aufgeführten Erkrankung ?