

# DLRG



Deutsche Lebens-Rettungs-  
Gesellschaft e.V.

Ortsgruppe Stadensen e. V.

<http://www.Stadensen.dlrg.de>

## Beitrittserklärung

als Mitglied der Deutschen Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V.

aktives Mitglied

passives Mitglied

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	
E-Mailadresse:	

**Unsere Beitragssätze sind:**

Jugendliche	Erwachsene	Familie
20,00 Euro	36,00 Euro	62,00 Euro

Eintritt als:  Jugendliche(r)  Erwachsene(r)  Familie

Haben Sie schon Prüfungen der DLRG erfolgreich abgelegt? Wenn ja, welche?

Als Mitglied der DLRG sind Sie verpflichtet die Satzung der DLRG OG Stadensen e.V. und darüber hinaus alle übergeordneten Satzungen der DLRG anzuerkennen.

Ort, Datum

Sparkasse Uelzen Lüchow-Dannenberg  
IBAN: NOLADE21UEL  
BIC: DE11 2585 0110 0012 0019 70  
Volksbank Uelzen-Bevensen eG  
IBAN: DE05 2586 2292 0033 3000 00  
BIC: GENODEF1EUB

**Rechtsform:** Eingetragener Verein (e.V.)  
**Amtsgericht:** Uelzen Nr. 888  
**Vertretungsberechtigung gemäß § 26 BGB**  
1. Vors. Konrad Bombeck  
2. Vors. Susanne Leske  
**USt-IdNr. oder SteuerNr.:**

Unterschrift

Die Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft ist Spitzenverband im Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB), Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, im Deutschen Spendenrat, Mitglied der International Life Saving Federation (ILS) und der ILS-Europe.



# Information für die Eltern über die Aufsicht beim Training in der DLRG OG Stadensen e.V.



Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V.

Sehr geehrte Eltern,

während des Trainings in der DLRG beaufsichtigen die Trainer Ihre Kinder.

Das Training beginnt und endet pünktlich, zusammen mit dem Trainer am Beckenrand.

Im Bereich des Bades muss für jedes Kind ein Elternteil oder eine von den Eltern benannte verantwortliche Person bereit stehen, die das Kind pünktlich zum Trainingsbeginn dem Trainer am Beckenrand übergibt und mit Beendigung des Trainings wieder am Beckenrand entgegennimmt. Bei besonderen Vorkommnissen während der Trainingszeit muss die verantwortliche Person die Aufsicht über das ihr anvertraute Kind übernehmen. Die verantwortliche Person muss dem Trainer vor Trainingsbeginn benannt werden.

Landesverband Niedersachsen  
Bezirk Lüneburger Heide e.V.  
Ortsgruppe Stadensen e.V.

Klein London 2  
29559 Wrestedt  
Telefon: +49 1756727026

Internet: [www.stadensen.dlrg.de](http://www.stadensen.dlrg.de)

Datum: **1. November 2019**

Da die Trainingszeiten in den einzelnen Gruppen variieren können, informieren Sie sich bitte vor jedem Trainingsbeginn z.B. bei dem Trainer/ den Trainern Ihres Kindes.

Beachten Sie das sowohl vor dem Trainingsbeginn sowie nach dem Trainingsende, als auch bei besonderen Vorkommnissen während der Trainingszeit, die komplette Aufsichtspflicht Ihnen oder der von Ihnen benannten Person obliegt und nicht dem Verein oder Trainer.

Bitte achten Sie darauf das Uhren, Ketten und Schmuck aus Sicherheitsgründen vor dem Training von jedem Teilnehmer abzulegen sind und die allgemeinen Hygienevorschriften des Schwimmbades beachtet werden. Sollten gesundheitliche Einschränkungen vorliegen, sind diese in jedem Falle vor dem Training dem Trainer mitzuteilen.

Eine regelmäßige sportärztliche Untersuchung wird ausdrücklich empfohlen.

Die Eltern werden gebeten, die Kenntnisnahme dieser Hinweise mit ihrer Unterschrift zu bestätigen. Bitte geben Sie den unten stehenden Abschnitt beim Trainer oder im Eingangsbereich beim Vorstand ab.

Vorstand und Trainer

---

**Ich habe die Information über die Aufsicht beim Training der DLRG OG Stadensen e.V. zur Kenntnis genommen.**

Name der Kindes: \_\_\_\_\_ Alter der Kindes: \_\_\_\_\_ Jahre

Adresse des Kindes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum und Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Sparkasse Uelzen Lüchow-Dannenberg  
IBAN: NOLADE21UEL  
BIC: DE11 2585 0110 0012 0019 70  
Volksbank Uelzen-Bevensen eG  
IBAN: DE05 2586 2292 0033 3000 00  
BIC: GENODEF1EUB

Rechtsform: Eingetragener Verein (e.V.)  
Amtsgericht: Uelzen Nr. 888  
Vertretungsberechtigung gemäß § 26 BGB  
1. Vors. Konrad Bombeck  
2. Vors. Susanne Leske  
USt-IdNr. oder SteuerNr.:

Die Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft ist Spitzenverband im Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB), Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, im Deutschen Spendenrat, Mitglied der International Life Saving Federation (ILS) und der ILS-Europe.



Deutsche Lebens-Rettungs-  
Gesellschaft e.V.

## Datenschutzhinweis

Die Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft nimmt den Schutz personenbezogener Daten sehr ernst. Wir möchten, dass Sie wissen, welche Daten wir speichern und wie wir sie verwenden.

1. Der Verein erhebt, verarbeitet und nutzt personenbezogene Daten seiner Mitglieder mittels Datenverarbeitungsanlagen (EDV) zur Erfüllung seiner satzungsgemäßen Zwecke und Aufgaben, z.B. der Mitgliederverwaltung. Es handelt sich insbesondere um folgende Mitgliederdaten: Name und Anschrift, Bankverbindung, Telefonnummer (Festnetz und/oder Mobil), E-Mail-Adresse, Geburtsdatum, Eintrittsdatum sowie Tätigkeiten/Funktion(en) im Verein.

2. Der Verein meldet Mitgliederdaten an die jeweils übergeordnete Gliederung.

3. Der Verein hat Versicherungen abgeschlossen oder schließt solche ab, aus denen er und/oder seine Mitglieder Leistungen beziehen können. Soweit dies zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieser Verträge erforderlich ist, übermittelt der Verein personenbezogene Daten seiner Mitglieder (Name, Adresse, Geburtsdatum oder Alter, Funktion(en) im Verein, etc.) an das zuständige Versicherungsunternehmen.

---

2. Unterschrift Mitglied, ggf. der Erziehungsberechtigte Datenschutzhinweis

# Merkblatt M3-002-15



Deutsche Lebens-Rettungs-  
Gesellschaft e.V.

Medizinische Leitung

Im Niedernfeld 1-3

31542 Bad Nenndorf

Telefon: 0 57 23 . 955 - 420

Telefax: 0 57 23 . 955 - 429

medizin@bgst.dlrg.de

26.02.2015

## Selbsterklärung zum Gesundheitszustand

Steigende Kosten im Gesundheitswesen haben sich in der Vergangenheit auch auf die DLRG ausgewirkt. Insbesondere die in einigen Ausbildungs- und Tätigkeitsbereichen verlangten ärztlichen Tauglichkeitsuntersuchungen sind auf Dauer kaum mehr zu finanzieren.

Die Ressorttagung Medizin hat sich dieses Themas angenommen und nach juristischer Prüfung und Beschlussfassung des Präsidialrates ein Formular zur Selbsterklärung des Gesundheitszustandes entwickelt. Hierbei erklärt die betreffende Person den eigenen Gesundheitszustand.

Die Selbsterklärung kann in folgenden Bereichen Anwendung finden:

- Ausbildungen im Schwimmen und Rettungsschwimmen der DLRG
- Fachausbildung Wasserrettungsdienst
- Deutsches Schnorcheltauchabzeichen (DSTA)
- Ausbildung zum Signalmann
- 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.

Auf Beschluss der Ärztetagung im Jahr 2014 wurde das anliegende Formular überarbeitet und aktualisiert.

Das anliegende Formular kann auch auf der Internetseite der DLRG im Bereich Medizin (Downloads) heruntergeladen werden. Alternativ kann auch weiterhin die Vorlage einer ärztlichen Tauglichkeitsbescheinigung nach alter Art (Materialstelle: Bestellnr.: 1540 1353) genutzt werden.

gez.

Dr. med. Norbert Matthes

DLRG Bundesarzt

Sparkasse Uelzen Lüchow-Dannenberg  
IBAN: NOLADE21UEL  
BIC: DE11 2585 0110 0012 0019 70  
Volksbank Uelzen-Bevensen eG  
IBAN: DE05 2586 2292 0033 3000 00  
BIC: GENODEF1EUB

**Rechtsform:** Eingetragener Verein (e.V.)  
**Amtsgericht:** Uelzen Nr. 888  
**Vertretungsberechtigung gemäß § 26 BGB**  
1. Vors. Konrad Bombeck  
2. Vors. Susanne Leske  
**USt-IdNr. oder SteuerNr.:**

Die Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft ist Spitzenverband im Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB), Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, im Deutschen Spendenrat, Mitglied der International Life Saving Federation (ILS) und der ILS-Europe.



# Selbsterklärung zum Gesundheitszustand



Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V.

für nachfolgende Ausbildungen/Tätigkeiten in der DLRG\*:

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

.....  
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