

DLRG

Landesverband Westfalen e.V.

Bezirk Hochsauerland e.V.

Ortsgruppe Neheim-Hüsten e.V.



**An die Mitglieder der
Ortsgruppe Neheim-Hüsten
und den Ortsgruppen aus dem
Bezirk Hochsauerland**

Vereins-/ Einzelmeisterschaften 2024

Zu den Vereinsmeisterschaften am Sonntag den **18. Februar 2024** laden wir ganz herzlich ein.

Ort: Freizeitbad NASS

Einlass: 10.00 Uhr bis ca. 14.00 Uhr

Die **Startgebühr** beträgt **7,00 EURO**, darin enthalten sind für jeden Teilnehmer eine **Medaille** und der ermäßigte Eintritt ins Bad. Die Startgebühr ist direkt bei **Anmeldung** zu zahlen.

Die Vereinsmeisterschaften sind nicht nur für unsere jüngeren Mitglieder, auch alle höheren Altersklassen sowie Eltern sind herzlich eingeladen, daran teilzunehmen!

An diesem Tag steht uns das gesamte Bad (außer Sauna) zur Verfügung.

Zuschauer müssen sich ebenfalls anmelden und den Eintritt von **4,00 EURO** entrichten. Das Betreten des Bades ist ausschließlich in entsprechender Badebekleidung gestattet. Der Eintritt ist ebenfalls bei **Anmeldung** zu zahlen.

ACHTUNG: Die Anmeldung muss bis zum 1. Februar 2024 erfolgen.

Spätere Meldungen können aus organisatorischen Gründen leider nicht berücksichtigt werden.

Informationen zu den Disziplinen erteilen Euch die Gruppenleiter oder Martin Ernst und sind im Internet einzusehen.

Zur Anmeldung **beide Seiten** ausfüllen, und bei Martin Ernst oder den Übungsleitern, die Euch natürlich auch für Rückfragen zur Verfügung stehen, abgeben.

Bitte denkt daran, Euch rechtzeitig anzumelden!

Hier noch ein Kleiner Hinweis: 3 Wochen vor Ostern findet der Mannschaftsbezirkswettkampf statt. Interessierte Teilnehmer bitte auch ankreuzen.

Ich melde mich, _____, männl. weibl.
Name, Vorname (bitte in Druckschrift ausfüllen) zutreffendes bitte ankreuzen

geboren am Tag _____ Monat _____ Jahr _____ zu den Einzelmeisterschaften am
18. Februar 2024 an.

Ich bringe _____ Gäste mit. Name der Gäste _____

Nur bei Minderjährigen:

Ich bin damit einverstanden, dass mein(e) Sohn/Tochter an den Einzelmeisterschaften teilnimmt.

Ort _____, Datum _____, Unterschrift eines Erziehungsberechtigten / eines gesetzlichen Vertreters

Ich interessiere mich auch für den Mannschaftsbezirkswettkampf.

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 type="checkbox"/> Fachausbildung Wasserrettungsdienst | <input type="checkbox"/> Teilnahme am (zentralen) Wasserrettungsdienst |
| <input type="checkbox"/> Deutsches Schnorcheltauchabzeichen (DSTA) | <input checked="" 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- Kreislaufkrankungen.
- 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