

# Aufnahmeantrag

- Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen -



**Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft**

Ich erkläre meinen Beitritt zur **DLRG Südermarsch e. V.**

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

und erkenne die Satzung der DLRG Südermarsch e. V. an.

Name\*: \_\_\_\_\_  männlich

Vorname\*: \_\_\_\_\_  weiblich

divers

Straße\*: \_\_\_\_\_

Ort\*: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum\*: \_\_\_\_\_

Telefonnummer\*: \_\_\_\_\_

(\*Wichtig, für den Notfall!)

E-Mailadresse\*: \_\_\_\_\_

(\*Wichtig, da wir hierüber Informationen verteilen!)

Haupttrainingsort:  Marne  
 Brunsbüttel

Sind bereits weitere Familienmitglieder Mitglied in der DLRG Südermarsch e.V.?

nein

ja wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

**Einwilligung zur Darstellung von Bildern auf der Vereinshomepage:** [www.suedermarsch.dlrq.de](http://www.suedermarsch.dlrq.de)

Die DLRG Südermarsch e. V. hat eine Homepage. Diese soll über Aktivitäten informieren und berichten. Dabei ist es möglich, dass Bilder von Ihnen bzw. Ihres Kindes (Ohne Namen) auf dieser Seite abgebildet werden. Da solche Bildnisse ohne Einverständnis der oder des Betroffenen nicht verbreitet werden dürfen, benötigen wir hierfür Ihre Einwilligung. Wir weisen darauf hin, dass Informationen im Internet weltweit suchfähig, abrufbar und veränderbar sind. Sie haben selbstverständlich das Recht, diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Ich bin einverstanden:  Ich bin nicht einverstanden:

**Einwilligung zur Veröffentlichung von Bildern u. Artikeln in der regionalen Presse:**

Ich bin einverstanden:  Ich bin nicht einverstanden:

Auf der Internetseite des Vereins sehen Sie alle Informationen bezüglich des Trainingsablaufes und der Trainingszeiten, sowie anstehende Veranstaltungen, News und Termine. Dort finden Sie auch alle Informationen bezüglich der Schwimmabzeichen. ([www.suedermarsch.dlrq.de](http://www.suedermarsch.dlrq.de))

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

(bzw. Unterschrift des Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen)

Name des Mitgliedes: \_\_\_\_\_

## SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)

Ich ermächtige die DLRG Südermarsch e. V. zur Begleichung der jeweils fälligen Mitgliedsbeiträge für mich und meine Familienangehörigen, sowie für alle weiteren zahlungspflichtigen Leistungen, die Zahlung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DLRG Südermarsch e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
IBAN (International Bank Account Number)

\_\_\_\_\_  
BIC (Bank Identifier Code)

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber (Vor- und Zuname)

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Kontoinhabers, falls abweichend vom Mitglied

\_\_\_\_\_  
Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers:

## 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.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitglied, ggf. der Erziehungsberechtigte  
Datenschutzhinweis

# Für Ihre Unterlagen

Bevor Sie oder Ihr Kind sich zum Schwimmen entschließen, ist es zu Ihrem Vorteil, sich vorher bei einem Arzt untersuchen zu lassen. Bei uns wird nicht nur geschwommen, sondern auch getaucht. Oft ist es einem selbst nicht bewusst, dass man Probleme mit dem Trommelfell hat. Deshalb ist ein Arztbesuch ratsam, sodass Sie mit viel Freude an allem, was wir anbieten, teilnehmen können, ohne gesundheitliche Schäden davonzutragen.

Auf der Internetseite des Vereins sehen Sie alle Informationen bezüglich des Trainingsablaufes und der Trainingszeiten, sowie anstehende Veranstaltungen, News und Termine. Dort finden Sie auch alle Informationen bezüglich der Schwimmbadabzeichen. ([www.suedermarsch.dlrg.de](http://www.suedermarsch.dlrg.de))

Weitere Informationen erhalten Sie während des Trainings, oder über:

<i>Position</i>	<b>Name</b>	<b>Telefonnummer</b>
<i>Erster Vorsitzender</i>	Andreas Böckmann	04851-93899
<i>Technische Leiterin Marne</i>	Ilka Neutzer	04851-9536891
<i>Technischer Leiter Brunsbüttel</i>	Markus Lorenz	01520-1461400
<i>Schatzmeisterin</i>	Bettina Heesch	0172-8001632
<i>Jugendvorsitzender</i>	Maurice Martens	01525 2892300
<i>Tauchwart</i>	Carsten Stüben	0152-56820900
<i>Training Brunsbüttel</i>	Markus Lorenz	01520-1461400
<i>Training Seepferdchen Marne</i>	Nicole Schulz	0172-1697894

## **Jahresbeitrag-Stand: 01.01.2013**

<b>Einzelbeitrag:</b>		<b>Familienbeitrag:</b>	
Erwachsene	36€	pro Erwachsener	30€
Kinder bis 18 Jahre	36€	pro Kind	30€

**(mindestens drei Personen, davon muss ein Familienmitglied minderjährig sein.)**

**Bankverbindung**  
**Sparkasse Westholstein**  
**IBAN: DE04 2225 0020 0153 0170 26**  
**BIC: NOLADE21WHO**

# Kündigungs- und Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht: Sollten Sie oder Ihr Kind feststellen, dass das Training doch nicht so viel Spaß macht wie gedacht, haben Sie ein 14-tägiges Widerrufsrecht, welches sich nach dem Unterschriftsdatum auf dem Aufnahmeantrag richtet.

Kündigungsfrist: Sollten Sie oder Ihr Kind die Mitgliedschaft zu einem späteren Zeitpunkt beenden wollen, ist dies bis zum Ende eines jeden laufenden Jahres mit einer Kündigungsfrist von mindestens einem Monat möglich.

Kündigungsform: Kündigung und Widerruf werden nur in schriftlicher Form per Post oder E-Mail an unten genannte Adresse angenommen.

DLRG Südermarsch e. V.  
Elsa-Brandström-Str. 11  
25709 Marne

[Info@suedermarsch.dlrg.de](mailto:Info@suedermarsch.dlrg.de)

# Merkblatt M3-002-17

## Selbsterklärung zum Gesundheitszustand

Bestimmte Ausbildungsgänge oder Tätigkeiten in der DLRG erfordern eine Aussage zum Gesundheitszustand.

Im Rahmen von Tauglichkeitsuntersuchungen werden sehr häufig gesunde junge Menschen unter hohen Kosten nicht zielführenden Untersuchungen unterworfen.

Die Ressorttagung Medizin hatte sich schon vor Jahren dieses Themas angenommen und nach juristischer Prüfung und Beschlussfassung des Präsidialrates für bestimmte Fälle, ein Formular „Selbsterklärung zum Gesundheitszustand“ entwickelt. Dieses Formular wurde nun aktualisiert.

Die Selbsterklärung kann unter anderem in folgenden Bereichen Anwendung finden:

- Ausbildungen im Schwimmen und Rettungsschwimmen
- Fachausbildung Wasserrettungsdienst
- Deutsches Schnorcheltauchabzeichen (DSTA)
- Strömungsrettung
- 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.

Das anliegende, am PC ausfüllbare Formular kann auch auf der Internetseite der DLRG im Bereich Medizin (Downloads) heruntergeladen werden. Alternativ kann auch weiterhin die Vorlage eines ärztlichen Tauchtauglichkeitsnachweis nach alter Art nur noch online erhältlich im Fachbereich ([dlrg.de](http://dlrg.de) | für Mitglieder | Einsatz | Tauchen | Downloads) genutzt werden.

Bad Nenndorf, 10.07.2017

Gez.  
Dr. med. Norbert Matthes  
DLRG Bundesarzt

für nachfolgende Ausbildungen/Tätigkeiten in der DLRG\*:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ausbildungen im Schwimmen und Rettungsschwimmen | <input type="checkbox"/> Teilnahme am (zentralen) Wasserrettungsdienst    |
| <input type="checkbox"/> Deutsches Schnorcheltauchabzeichen (DSTA)       | <input type="checkbox"/> Teilnahme an rettungssportlichen Veranstaltungen |
| <input type="checkbox"/> Fachausbildung Wasserrettungsdienst             |   |
| <input type="checkbox"/> Strömungsrettung                                | <input type="checkbox"/> _____  |

Vorname und Nachname

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