

Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft Schwarzenbek e.V.

Hamburger Straße 27a
21493 Schwarzenbek
Tel.: 04151 869 3689
Fax: 04151 879 0870

info@schwarzenbek.dlrg.de
https://schwarzenbek.dlrg.de



**Deutsche Lebens-Rettungs-
Gesellschaft**

Mitgliedsnummer(n) / Eintrag nur durch die Geschäftsführung	Eintrittsdatum

Beitrittserklärung / Änderungserklärung

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

Mitglieder-Jahresbeiträge (einmalige Aufnahmegebühr 10)	Jahres- beiträge	Aktiven- beiträge
Jugendliche (bis Vollendung des 18. LJ)	41 EUR	40 EUR
Schüler, Azubis, u.a. (Beantragung jährlich)	41 EUR	40 EUR
Erwachsene	50 EUR	50 EUR
Familie	Anfrage	Anfrage

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur DLRG Schwarzenbek e.V. und erkenne die Satzung an, diese regelt die Aufgaben und Rechte.
Die Satzung kann im Internet eingesehen werden oder wird auf Anfrage ausgehändigt.

*** Pflichtfeld**

Vorname : *		Nachname : *			
Straße / Nr. : *		PLZ / Ort : *			
Telefon : *		Mobil :			
Fax :		E-Mail : *			
Geburtsdatum :		Geschlecht : *	☐ weiblich	☐ männlich	☐ diverse
Zeiten oder Mitglied in anderen DLRG Ortsgruppen: *					
Mitgliedstyp : *	☐ einzel	☐ Familie * ¹	Mitgliedsart : *	☐ Aktiv (+Aktivenbeitrag)	☐ Passiv

*¹ Bei einer „Familienmitgliedschaft“ hier bitte die Personen angeben, die im selben Haushalt leben und in der DLRG Schwarzenbek e.V. bereits Mitglied sind oder für die gleichzeitig eine Beitrittserklärung abgegeben wird.

Nr.	Vorname	Nachname	Geb. Datum	m/w/d	Aktiv	Passiv
1					☐	☐
2					☐	☐
3					☐	☐

Ich stimme der Verarbeitung und Speicherung meiner Mitgliedsdaten in unserer Vereinsdatenverarbeitung nach DSGVO sowie der Nutzung von Fotos, Videos oder anderen Aufnahmen für Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit zu. Änderungen meiner Daten und der Bankverbindung teile ich der DLRG Schwarzenbek e.V. unverzüglich schriftlich mit. Eine Kündigung kann nur schriftlich (mit Unterschrift) erfolgen.

Datum *	
Unterschrift neues Mitglied / Erziehungsberechtigter:	

SEPA-Lastschriftenmandat (Einzugsermächtigung) : Ich ermächtige die DLRG Schwarzenbek e.V. widerruflich, die jeweils fälligen Mitgliedsbeiträge für mich bzw. für die Familienmitgliedschaft von meinem nachstehend bezeichneten Konto einzuziehen. Bei Nichteinlösung durch das Kreditinstitut oder unberechtigte Rückbuchung durch den Kontoinhaber, sind die dafür anfallenden Gebühren durch das Mitglied zu tragen.

IBAN : *		BIC : *	
Geldinstitut: *		Kontoinhaber: *	

Datum *	
Unterschrift Kontoinhaber:	

Selbsterklärung zum Gesundheitszustand

für nachfolgende Ausbildungen/Tätigkeiten in der DLRG*:

- ☐ Fit-Schwimmen & Aqua-Fit
- ☐ Deutsches Schwimmbabzeichen / Seepferdchen (DSA) -B/-S/-G
- ☐ Deutsches Rettungsschwimmbabzeichen (DRSA) -B/-S/-G
- ☐ Fachausbildung Wasserrettungsdienst
- ☐ Deutsches Schnorcheltauchabzeichen (DSTA)
- ☐ Teilnahme am (zentralen) Wasserrettungsdienst
- ☐ Teilnahme an rettungssportlichen Veranstaltungen



Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft

Vorname

Nachname

Geburtsdag

Straße & Hausnummer

Postleitzahl und Ort

E-Mail-Adresse

Aktuelles Schwimmbabzeichen

Ich bin bereit, im o.g. 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.
- ☐ nur mit folgenden ärztlichen Einschränkungen (ggf. lege ich ein ärztl. 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 o. g. Tätigkeit zeitweise oder dauerhaft eingeschränkt werden sollte. Ich verpflichte mich, jede so bekannt gewordene Minderung der Einsatz-fähigkeit dem jeweiligen Verantwortlichen (Ausbilder, Einsatzführer, Trainer ...) 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 u. g. 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 o.g. 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 Erziehungsberechtigter für Ihr Kind mit Ja oder Nein**. Wenn Sie unsicher sind, antworten Sie mit **Ja**. Falls eine Frage mit **Ja** beantwortet wird, ist eine Untersuchung oder Beratung bei einem Arzt erforderlich, bevor die Tätigkeit oder Ausbildung begonnen wird.

Hatten oder haben Sie oder Ihr Kind:

- 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 spez. 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 Dekompressionskrankheit?
- immer wieder auftretende Rückenbeschwerden?
- chirurg. Eingriffe im Rückenbereich, Verl. 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 operative entfernte Geschwüre?
- Magen-Darm-Probleme?
- übermäßigen Konsum von Medikamenten oder Alkohol?
- Probleme mit der Einnahme von Betäubungsmitteln?
- eine hier nicht aufgeführte Erkrankung ?

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.

Ort / Datum

Unterschrift des Teilnehmers/der Teilnehmerin

ggf. Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Kreissparkasse Ratzeburg
IBAN: DE80 2305 2750 0000 0261 25
BIC: NOLADE21RZB
SteuerNr.: 22/294/75460
Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE42ZZZ00000899955

Rechtsform: eingetragener Verein (e.V.)
Amtsgericht: Amtsgericht Lübeck VR 396SB
Vertretungsberechtigung gemäß § 26 BGB
Vorsitzender Swen Nowak
Stellv. Vorsitzender Bianca Oldenburg

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.