

Selbsterklärung zum Gesundheitszustand



Deutsche Lebens Rettungs-
Gesellschaft

für nachfolgende Ausbildungen / Tätigkeiten* in der DLRG:

- Deutsches Rettungsschwimmabzeichen (DRSA) Gold
- Fachausbildung Wasserrettungsdienst
- Deutsches Schnorcheltauchabzeichen (DSTA)
- Ausbildung zum Signalmann
- Teilnahme am (zentralen) Wasserrettungsdienst
- Teilnahme an Rettungssportwettkämpfen
-

Marion Mustermann

Vor- und Nachname:

01.01.2011

Geb. Datum:

Musterstraße 1 00000 Musterhausen

Anschrift:

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*

oder

ich nur mit folgenden ärztlichen Einschränkungen mitarbeiten kann: *

Erklärung der Gesundheitseinschränkung, Maßnahmen zur Abhilfe und Sicherstellung der Gegenmaßnahmen

Ich bin mir bewusst, dass ich schon 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 Einsatzfähigkeit 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.

Bitte beachten Sie auch die Hinweise auf der Rückseite bzw. 2 Seite #

X

Ort, Datum

X

Unterschrift (ggf. d. Erziehungsberechtigten)

Die Angaben sind durch die aufnehmende Gliederung vertraulich zu behandeln.

Diese Erklärung hat eine Gültigkeit von max. zwei Jahren und ist nach Ablauf dieser Zeit erneut abzugeben.

* Zutreffendes bitte ankreuzen

Infoblatt ergänzender Informationen zur Selbsterklärung des Gesundheitszustandes