

# Gesundheitliche Selbsterklärung

für Bewerber des Deutschen Rettungsschwimmabzeichens in Bronze bzw. Silber

*Anschrift des Bewerbers:*

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

- Ich verzichte auf eine ärztliche Untersuchung vor Beginn der Ausbildung zum Erwerb des Deutschen Rettungsschwimmabzeichens in Bronze bzw. Silber und erkläre hiermit, dass keine gesundheitlichen Gründe gegen das Durchführen der für das Ablegen der Prüfung „Deutsches Rettungsschwimmabzeichen – Bronze bzw. Silber“ erforderlichen Übungen/Prüfungsleistungen, wie max. 25 m Streckentauchen, Tauchen bis 5 m Wassertiefe, max. 300 m Schwimmen in Kleidung, Herausziehen einer gleichschweren Person über den Beckenrand bestehen.

Sollte ich an einer Gesundheitsbeeinträchtigung (insbesondere Herz, Lunge, Ohren, Rücken) leiden, gelitten haben, oder sich während des Zeitraums der Ausbildung eine derartige Beeinträchtigung ergeben, werde ich den zuständigen Ausbilder sofort darüber in Kenntnis setzen.

Bitte füllen Sie nachfolgende Fragen sorgfältig und vollständig aus, bitte kreuzen sie die zutreffenden Antworten an: (sollte der Platz in der Zeile und darunter nicht ausreichen, bitte Extrablatt verwenden.)

Leiden Sie unter Atemwegserkrankungen (Asthma etc.)?  Ja  Nein

Leiden Sie an einer Allergie? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Hatten Sie in letzter Zeit häufiger Schwindel?  Ja  Nein

Sind Sie Brillenträger. Wenn ja, welche Stärke? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Sind Sie Diabetiker?  Ja  Nein

Ist bei Ihnen Anfallsleiden bekannt. Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Haben/Hatten Sie Probleme mit dem Innenohr?  Ja  Nein

Leiden Sie unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Worauf muss außerdem noch geachtet werden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

**Bei Minderjährigen Teilnehmern:**

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten