



Vorbemerkung:

Der Ausbildungs- und Einsatzbereiche im ASB- Wasserrettungsdienst sind sehr vielfältig und bestimmte Ausbildungsgänge oder Tätigkeiten erfordern eine Aussage zum Gesundheitszustand.

Im Rahmen von Tauglichkeitsuntersuchungen werden sehr häufig gesunde junge Menschen unter hohen Kosten nicht zielführenden Untersuchungen unterworfen. Aus diesem Grund wurde das nachfolgende Formular „Selbsterklärung zum Gesundheitszustand“ entwickelt, welches u.a. für die nachfolgende Bereiche Anwendung findet:

- Ausbildungen im Schwimmen und Rettungsschwimmen
- Fachausbildung & Teilnahme an Einsatzdiensten (Wasserretter, Wachleiter)
- Teilnahme an rettungssportlichen Veranstaltungen

Unbenommen hiervon sind vorgeschriebene ärztliche Tauglichkeitsuntersuchungen, z.B. für das Einsatz-tauchen sowie die Bootsführer.

Sofern durch die betreffende Person in der Selbstauskunft Einschränkungen angegeben werden, empfiehlt es sich, dem Verantwortlichen (z.B. Ausbilder, Wachleiter etc.) ein ärztliches Attest vorzulegen, in dem festgelegt ist, in welchem Umfang die Person trotz Einschränkungen eingesetzt werden kann.

Arbeiter-Samariter-Bund
Deutschland e.V.

Köln, Juni 2018

Selbsterklärung zum Gesundheitszustand



Für nachfolgende Ausbildung bzw. Tätigkeiten in der WRD des ASB

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ausbildungen im Schwimmen und Rettungsschwimmen | <input type="checkbox"/> Teilnahme an rettungssportlichen Veranstaltungen |
| <input type="checkbox"/> Fachausbildung & Teilnahme an Einsatzdiensten (z.B. Wasserretter, Wachleiter) | <input type="checkbox"/> _____ |

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ich bin bereit im o.g. Tätigkeitsbereich der ASB-Wasserrettung mitzuwirken. 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. Ich erkläre hiermit, dass ich (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- ohne gesundheitliche Einschränkung im o.g. Tätigkeitsbereich mitwirken kann
- nur mit folgenden ärztlichen/gesundheitlichen Einschränkungen mitwirken kann (ggf. lege ich ein ärztliches Attest bei, in welchem Umfang ich mitwirken 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 bekannt gewordene Minderung der Einsatzfähigkeit dem jeweiligen Verantwortlichen (Ausbilder, Wachleitung, Führungskraft etc.) 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 bzw. Teilnahme an einer der o.g. Ausbildungen oder Aufnahme der o.g. Tätigkeiten eine ärztliche Untersuchung empfohlen. Zwischenzeitliche schwerere Erkrankungen, insbesondere der unten genannten Arten, bedürfen einer erneuten ärztlichen Untersuchung.

Mögliche Gefährdungen bei:

- Herz-Kreislaufkrankungen
- Erkrankungen der Atemwege oder des Ohres
- Astmatiker 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 Ausbildung/Tätigkeit angezeigt ist. Eine mit „JA“ beantwortete Frage muss nicht zwingend zum Ausschluss führen, gibt jedoch einen Hinweis darauf, dass die Sicherheit bei der Ausbildung/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 bei einer Frage 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 (bzw. Ihr 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 ?

Ich bin damit einverstanden, dass diese Erklärung durch die ASB-Gliederung zur Lehrgangsakte bzw. meiner Personalakte genommen und entsprechend auch elektronisch verarbeitet und abgespeichert wird.

Ort, Datum

Unterschrift

Ggf. Unterschrift des/der Sorgeberechtigten /
bestellten Betreuung

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